



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SEXUALES EN
ADOLESCENTES DE 14 -19 AÑOS DEL CASERÍO DE
CHICA ALTA SECTOR I- DISTRITO DE TAMBOGRANDE,
DURANTE EL PERÍODO 2013-2015”

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

JUÁREZ CALDERÓN MAYRA YANINA.

ASESORA:

LIC. MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU

SULLANA - PIURA – PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

ANITA ELIZABETH PRECIADO MARCHAN

PRESIDENTA:

AUREA LUCIA PANTA BOGGIO

SECRETARIA:

SILVIA TERESA CORONADO MORALES

MIEMBRO

MARIA ESPERANZA GARCIA SHIMIZU

ASESORA

AGRADECIMIENTO

Gracias **a Dios** y a mis estimados padres por darme la oportunidad de concluir mis estudios universitarios, por haberme brindado su apoyo y ayuda, por estar en todo instante conmigo.

Agradecer en todo momento a la Obs. María Esperanza García Shimizu, asesora de este curso por compartir toda su sabiduría y enseñarnos sus grandes conocimientos que nos servirán de mucho para nuestra vida profesional.

**A mi querida
Universidad Católica
Los Ángeles de
Chimbote,** por las facilidades que nos ayudaron culminar este curso de investigación.

A nuestros encuestados los adolescentes por su ayuda a responder las preguntas del estudio de investigación.

DEDICATORIA

Con mucho aprecio a mis
padres Luis Juárez
Navarro, Socorro
Calderón Garrido. Por su
amor, cariño y ayuda
incondicional en todos los
momentos de mi vida.

A mi esposo e hijo Daniel,
Danyelo y a mis hermanos
Jampier, Irving, Benji,
Luis y a la señora Elvira
Figuroa, Rubelia Muñoz.
Quienes me brindan su
amor y apoyo durante toda
mi etapa estudiantil.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Chica Alta Distrito de Tambogrande sector I durante 2013 a 2015. La investigación fue cuantitativa-descriptiva, la muestra de 154 adolescentes, a quienes se aplicó un cuestionario para conocimientos y una escala para actitudes. Obteniéndose los siguientes Resultados: El 59% de adolescentes desconoce de manera general sobre sexualidad, siendo las dimensiones menos conocidas Prevención de ITS/VIH/ SIDA (70%), anatomía - fisiología sexual (65%) y métodos anticonceptivos (62%). Así mismo, el 62% presenta una actitud global favorable hacia la sexualidad. La edad promedio de los entrevistados fue de 14-16 años, habiendo el 30% iniciado su actividad sexual. Finalmente las conclusiones son: La mayoría de adolescentes entrevistados desconocen sobre sexualidad y presentan actitudes favorables.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes, sexualidad, adolescentes.

ABSTRACT

The investigation has as objective: To describe knowledge, sexual attitudes of adolescents 14 to 19 years Chica Alta Tambogrande District Province of Piura Sector I, during 2013- 2015.

Quantitative research was descriptive, the sample were 154 adolescents to a questionnaire was applied, Related to knowledge and sexual attitudes. Results: 59% of adolescents not know generally about sexuality, is less known dimensions Prevention of STD / HIV / AIDS (70 %) , anatomy - sexual physiology (65%) and contraception methods (62 %). Likewise, 62 % have a favorable overall attitude toward sexuality. The average age of respondents was 14-16 years, 30% having initiated sexual activity.

Finally, conclusions are: Most adolescents interviewed know about sexuality and have favorable attitudes.

Keywords: adolescents, sexuality, sexual attitudes and knowledge.

CONTENIDO

1. Hoja del Jurado Evaluador	iii
2. Hoja de agradecimientos.....	iv
3. Hoja de dedicatoria.....	v
4. Resumen.....	vi
5. Abstract.....	vii
6. Contenido.....	viii
7. Índice de tablas.....	ix
8. Índice de gráficos.....	xi
I. Introducción.....	13
II. Revisión de Literatura.....	17
2.1 Antecedentes.....	28
2.2. Bases teóricas.....	42
2.3. Bases conceptuales.....	78
III Metodología.....	78
4.1. Tipo y nivel de la investigación.....	78
4.2. Diseño de investigación.....	78
4.3. Población y muestra.....	79
4.4. Unidad de análisis.....	79
4.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	79
IV. Resultados.....	95
5.1. Resultados.....	95
5.2. Discusión de resultados.....	119
V. Conclusiones.....	122
Recomendaciones.....	126
Referencias Bibliográficas.....	128
Anexos.....	129
9.1. Cronograma de Actividades.....	143
9.2. Financiamiento.....	150
9.3. Encuesta.....	151

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01: Conocimiento Global sobre Sexualidad de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	76
TABLA 02: Conocimientos Sexuales según Dimensiones de la Sexualidad de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	78
TABLA 03: ítems menos conocidos de la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	80
TABLA 04: Items menos conocidos de la Dimensión sobre Respuesta Sexual de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	83
TABLA05: Items menos conocidos de la Dimensión Prevención de ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	86

TABLA 06: ítems menos conocidos de la Dimensión Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	89
TABLA 07: Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	92
TABLA 08: Actitudes Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	94
TABLA 09: Características Socio Demográficas de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	96
TABLA 10: Principales Prácticas Sexuales de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Distribución Porcentual del Conocimiento Global sobre Sexualidad de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	77
GRÁFICO 02: Distribución Porcentual del Conocimiento Según Indicadores de la Dimensiones Sexuales de los Adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	79
GRÁFICO 03: Distribución Porcentual Según Indicadores de la Dimensión de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	82
GRÁFICO 04: Distribución Porcentual Según Indicadores de la Dimensión de Respuesta Sexual de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	85

GRÁFICO 05: Distribución Porcentual Según Indicadores de la Dimensión de Prevención de ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	88
GRÁFICO 06: Distribución porcentual Según Indicadores de la Dimensión de conocimiento sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo de los adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	91
GRÁFICO 07: Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	93
GRÁFICO 08: Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.	95

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia se puede caracterizar como un período de cambios biológicos, psicológicos y sociales que se desencadenan como resultado de la acción de las hormonas sexuales femeninas y masculinas, lo cual provoca la madurez anatómica y funcional y una amplia transformación de la figura corporal sexuada.

Es un período de transición y aprendizaje en el que a menudo es difícil acceder a una demanda de información y educación sexual en el que se encuentra el individuo con serios obstáculos para acceder a los anticonceptivos y medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, lo cual puede acarrear una peor entrada en el mundo de las relaciones sexuales trayendo consecuencias conocidas y alarmantes como el número creciente de embarazos no deseados en menores de edad, matrimonios apresurados, abandono del proceso educativo, riesgos de aborto, alto riesgo de desempleo; sumado a esto el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y la Hepatitis B entre otras que se reportan en cifras considerables entre los adolescentes y adultos jóvenes.

Dentro de éste marco, la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad, la contracepción el contagio de las infecciones de transmisión sexual varía según el nivel cultural, las creencias religiosas, las relaciones afectivas con los padres y la edad de los adolescentes. Al aumentar el nivel educativo, los chicos son menos precoces en iniciarse en determinados comportamientos, vinculan más la afectividad a la sexualidad y comparten la iniciativa en cuanto a sus relaciones coitales con su pareja.

La sexualidad se va modificando en cada etapa de la vida del individuo, y está básicamente determinada por el aprendizaje adquirido en el medio que le rodea. Es por eso que de una edad a otra los intereses sexuales van cambiando, coincidiendo generalmente con los cambios corporales. (2)

Por otro lado en nuestro país la morbimortalidad asociada a la salud sexual y reproductiva en la población escolar tiene cifras muy significativas las adolescentes peruanas entre los 14 y 19 años de edad, ya son madres atendidas por abortos incompletos son adolescentes, el de las muertes en mujeres por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio son de adolescentes. Las y los adolescentes son el grupo poblacional más expuesto a sufrir violencia física y sexual, agresiones sexuales son cometidas por adolescentes de sexo masculino menores. (3, 4,5)

En este caserío existe mucha falta de información de los que es la salud sexual y reproductiva del adolescente, es realmente alarmante, estudios han demostrado que los adolescentes se encuentran expuestos a situaciones de riesgo, prefieren tratar temas sexuales con sus amigos mas no con sus padres, familiares, docentes y muchos ir a un establecimiento de salud, esto se debe a la vergüenza y temor, por ello, toman decisiones que repercuten en su vida futura y trae como consecuencias IIS, el inicio precoz de las relaciones coitales, el embarazo en la adolescencia, hijos no deseados, y un alto índice de abortos provocados, etc.

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente: **¿Qué Conocimientos y Actitudes sexuales tienen los Adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Chica Alta Sector I, del Distrito de Tambogrande durante el período 2013 - 2015?**

Para dar respuesta a problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

- Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Chica Alta sector I, distrito de Tambogrande, durante el periodo 2013- 2015.

Para poder conseguir el objetivo general he planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Describir el Conocimiento Global sobre Sexualidad que tienen los Adolescentes de 14 a 19 años Caserío de Chica Alta sector I, distrito de Tambogrande durante el período 2013- 2015.
2. Describir el conocimiento sexual en las dimensiones de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva , ciclo de respuesta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, metodología anticonceptiva como prevención del embarazo, en los Adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Chica Alta sector I del distrito de Tambogrande durante el período 2013- 2015.
3. Describir el Conocimiento Según Indicadores de cada Dimensión del Conocimiento Sexual que tienen los Adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Chica Alta sector I, distrito de Tambogrande durante el período 2013- 2015.
4. Identificar las actitudes hacia la sexualidad en forma general de los Adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Chica Alta sector I, distrito de Tambogrande durante el período 2013- 2015.
5. Identificar las actitudes hacia la sexualidad en las dimensiones responsabilidad y prevención del riesgo sexual, Libertad para decidir y actuar, Autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor, Sexualidad como algo positivo de los Adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Chica Alta sector I, distrito de Tambogrande durante el período 2013- 2015.

6. Describir características socio demográficas y principales prácticas sexuales en los adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta sector I, distrito de Tambogrande, durante el período 2013- 2015.

Finalmente la Investigación se justifica en poder identificar y describir los conocimientos y actitudes sexuales de los jóvenes del caserío de Chica Alta del sector I, con el objetivo contribuir a esclarecer los puntos más vulnerables del adolescente, relacionadas con su escasa o nula comunicación con sus padres o con las hermanas mayores, sobre todo, en lo que concierne al sexo y contacto con "nuevas experiencias". Es oportuno ante la ausencia de estudios previos que sirvan como línea de base para futuras intervenciones ante la existencia de tres fenómenos a tratar urgentemente interrelacionadas son: El aborto, embarazo no deseado y conducta sexual inadecuada.

Por ello, debemos reconocer que a causa de los escasos o nulos conocimientos que tienen sobre el tema de la sexualidad y otros problemas más, adoptan comportamientos y actitudes negativas que los hacen irresponsables a muchos de ellos; y que en su práctica diaria, los conllevan a consecuencias muy serias que comprometen su salud sexual y reproductiva. Por otra parte contribuirá a enriquecer los conceptos y enfoques teóricos que el tema lo amerita.

La investigación se realizó en el Caserío de Chica Alta sector I, distrito de Tambogrande la cual beneficio a los adolescentes de 14 a 19 años a través de conclusiones de las cuales tomaré decisiones apropiadas.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes.

A nivel Internacional.

Estudios internacionales se han reportado debido a la falta de conocimiento y actitudes sexuales entre ello podemos citar a:

Trejo P, Moreno P, Macías M, Valdez G, Mollinedo F, Lugo L, Araujo R (La Habana) 2011 (6)

En su estudio demostró que la mayoría de los estudiantes (70,7 %) se consideró con conocimiento adecuado sobre sexualidad, 15,3 % con mucho conocimiento y solo 13 % manifestó que era regular, siendo los estudiantes de medicina quienes se percibieron con mayor instrucción. La principal fuente de información sobre el tema refirieron eran los padres o amigos (67,6 % y 53,6 %, respectivamente); solo 45,2 % el personal sanitario. En relación con las infecciones de transmisión sexual (ITS), la mayoría de los participantes (99,6 %) había escuchado hablar de ellas. El 85,3 % dijo tener conocimiento sobre lo que son las perversiones sexuales.

El 30,8 % manifestó llevar vida sexual activa (26,4 % de las mujeres y 39,2 % de varones; característica más prevalente entre los originarios del área urbana, con una media de edad de inicio a los 16,65 años y promedio de 2 parejas sexuales, cifra ligeramente mayor en los hombres diferencias que resultaron significativas. Referente al uso de métodos anticonceptivos, el 90,6 % de los que llevaban vida sexual activa utilizaba algún método anticonceptivo, siendo los alumnos de enfermería quienes menos los utilizaban. El más empleado fue el preservativo (87,5 %) seguido de los orales u hormonales (21,9 %).

En general era la pareja en conjunto quien seleccionaba el método anticonceptivo (71,4 %) y solo en el 13,5 % de los casos este había sido recomendado por un médico.

Cardona J, Arboleda P, Rosero C (Colombia) 2013 (7): El grupo de estudio estuvo conformado por 57,9 % de hombres y 42,1 % mujeres. Acerca del conocimiento de las principales ITS, se encontró que el 96,2 % conoce el VIH /sida, 82,7 % la blenorragia, 76,5 % sífilis, 61,2 % herpes, 37,1 % piojo púbico, 27,2 % virus del papiloma humano, 21,5 % hepatitis B, 12,5 % clamidia y 9,8 % trichomonas. El 53,6 % tiene vida sexual activa; de estos, el 39,5 % utiliza siempre el condón, el 23,3 % frecuentemente, el 21,4 % ocasionalmente y el 15,9 % nunca.

Merizalde W, (Ecuador) 2014 (8): Esta pregunta deja como resultado que un 55% está de acuerdo en que la orientación sexual es algo que se puede elegir, de entre estos, las respuestas más frecuentes agrupadas nos dicen que tiene que ver con gustos o preferencias, que el entorno influye, que ayuda a no discriminar, que es una cuestión y decisión propia de libertad, que es un derecho o que se nos educa para ser hombre o mujer. Al parecer en algunos de los encuestados se confundió el término orientación, ya que los alumnos lo asociaron con un tema de información, es decir, ven la orientación como un medio para conocer, más 55% 27% 18% ¿Cree que la orientación sexual es una elección? no la ven como algo que “está determinada por el deseo natural, tanto sexual, como amoroso y erótico; hacia otras personas” (Movimiento chileno de la diversidad sexual, 2010, pág. 7). Por ende se puede decir que los alumnos desconocen varios términos que se usa en torno a las diversidades sexuales, aun así, los chicos están dispuestos a acceder a una mayor información sobre el tema, ya que consideran que se es libre de elegir y se debe respetar a quienes poseen una sexualidad diferente a la de ellos. En cuanto a quienes respondieron que no, se puede decir que sus respuestas están de la misma manera, un tanto separadas, ya que unos conciben la orientación sexual como una especie de guía educativa, mientras que otros lo asocian a las diversidades sexuales, por lo que se basan en ello para emitir una respuesta. El 27% representado por el no cree que la orientación sexual es algo con lo que se nace o que se puede elegir. De esto se puede afirmar que hay mucho desconocimiento en torno al tema de la sexualidad.

Delgado E, Delis N, Infante A, (Santiago Cuba) 2015(9): Las técnicas aplicadas revelaron que los adolescentes asociaban los conocimientos 50% que tenían sobre la sexualidad solamente con las relaciones sexuales; por tanto, limitaban esta rica manifestación vital a la esfera biológica. Además, no conocían las dimensiones en las cuales se expresa y manifiesta la sexualidad, ni habían escuchado antes términos como identidad y rol de género.

Entre las cualidades asignadas por los miembros del grupo a las mujeres figuraron: humildad, sensibilidad, comprensión, delicadeza y fidelidad a su pareja. Los hombres debían ser luchadores y trabajadores. Los estudiantes manifestaron además, su deseo de estar rodeados de personas sinceras, comprensivas y con ética.

Cabe destacar que el tema sobre la identidad y los roles de género estuvo acompañado de risas y criterios que encasillaban a los muchachos "flojos" como homosexuales. Los estudiantes dejaron claro que no rechazaban ni le faltaban el respeto a los "pájaros", simplemente no entendían ¿por qué eran así? Estas risas denotan ansiedad y pena a la hora de abordar el tema, lo que demuestra la falta de cultura. La estrategia de intervención permitió que estos adolescentes adquirieran conocimientos sobre el tema; además, los ayudó a comprender que la sexualidad constituye un área de la personalidad con una connotación muy importante, puesto que las personas que desarrollan una sexualidad sana, son equilibradas emocionalmente, más estables y productivas. También se pudo percibir que todos los estudiantes estaban identificados con su género y expresaron vivencias positivas y gratificantes al respecto. El hecho de consultar con ellos los temas a tratar permitió que se implicaran en las tareas desarrolladas; por tanto, los debates fueron fructíferos y enriquecedores.

Arrieta J, Ramos E, Murillo M, Mercado K, Silgado O, Velásquez Villadiego V. Colombia 2010 (10): en su estudio acerca de la Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. 2010, encontró los siguientes resultados: Sobre los métodos de planificación familiar (MPF), el 89,5% conoce al menos uno de ellos. El condón es el más conocido con el 80,6%, pero sólo el 14,4% lo utiliza. En segundo lugar se encuentra el método del ritmo con 33,5% de conocimiento y 6,1% de utilización.

Las razones referidas por las adolescentes para la no utilización de MPF, fueron no considerarlos confiables o seguros, tenerle miedo a los efectos secundarios y no considerarlos adecuados para la edad. El 26,2% (167) de las adolescentes ya habían tenido relaciones sexuales al momento de la encuesta, y de estas el 71,3% (119) tuvieron su primera relación sexual a los 15 años o antes. La prevalencia de embarazo fue de 4,4% (28), el 3,4% (22) había estado en embarazo una sola vez. El 2,4% (15) había tenido 5 abortos, de las cuales el 1,7% (11) había abortado una vez, el 0,5% (3) dos veces y el 0,2% (1) tres veces. El análisis por regresión logística mostró tanto en el análisis univariado como el multivariado que iniciar relaciones sexuales antes de los 16 años y utilizar métodos de planificación familiar (muy probablemente de manera inadecuada), se constituyen como factores de riesgo para embarazo en adolescentes.

Varela M, Paz J, (España) 2010 (11): Al preguntar sobre la procedencia de la información sexual se encontraron diferencias entre los chicos y las chicas: los varones se decantaron por internet en el 30,8% frente al 15% de las mujeres. En cuanto a si estos conocimientos procedían de la familia, las chicas se apoyaron más en ella (57,6%) que los chicos (44,4%). El nivel de la información sexual ofrecida por el centro educativo fue muy escaso para el 39,1% de los varones y el 37,6% de las mujeres, siendo muy completa únicamente para el 13,8% de los chicos y el 3,6% de

las chicas. También se evaluó la importancia que tiene la sexualidad para los encuestados, siendo mucha-muchísima para el 79,7% de los chicos y el 66,7% de las chicas. En el caso de tener que recibir información sexológica, la respuesta fue diferente según el sexo: el 47,4% de los varones acudiría a una página web; el 45% de las mujeres solicitaría una consulta médica.

El 90,2% de los chicos y el 77,6% de las chicas habían tenido una primera experiencia sexual no coital. La mediana de edad y si la iniciación al sexo fue en solitario o en pareja se muestran en la figura 1. Esa primera experiencia no coital había sido satisfactoria y agradable para la mayoría de los encuestados.

Jiménez G, Magali Iacunacuri M. México (Veracruz) 2010 (12): en su estudio sobre Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón, encontró los siguientes resultados : en relación al patrón de conducta sexual, se encontró que los hombres inician su vida sexual a los 14 años y a los 15 las mujeres, y que el sexo está asociado con la edad del debut sexual. También que 43.1% de los adolescentes planeó su primer encuentro sexual, y en la comparación entre hombres y mujeres no se encontraron diferencias significativas. En cuanto al uso del condón durante el debut sexual, se obtuvo que 58.3% de los participantes contestó haberlo utilizado.

Además, al analizar las puntuaciones que los adolescentes obtuvieron en cada área de conocimiento sobre VIH/sida e ITS, se pudo evidenciar que el área en la que alcanzaron un mayor porcentaje de respuestas correctas fue la de conocimientos generales sobre VIH/ sida (56.94%), seguida del área de transmisión (55.69%), sintomatología (54.95%), prevención (54.10%) y conocimientos sobre ITS (52.13%). En lo tocante a la comunicación con la pareja, se obtuvo que 71.9 % de los participantes reportó platicar con su pareja sobre temas de sexualidad. Haciendo

la comparación por sexo, 63.2% de los hombres y 82.5% de las mujeres conversaban con sus parejas, siendo significativa esta diferencia.

Asimismo, se muestra que las mujeres hablan más con sus parejas sobre temas como el condón, los embarazos no deseados y la posibilidad de tener relaciones sexuales, mientras que los hombres tratan más sobre temas como el VIH/sida, las pastillas anticonceptivas y el alcohol. Finalmente, al preguntar a los adolescentes si tenían o no la intención de usar condón en su próximo encuentro sexual, los datos indican que, en promedio, 88.7% de las mujeres y 84.2% de los hombres reportaron tener tal intención.

Rodríguez A, Sanabria G contreras E, Perdomo B (La Habana) 2013 (13): 143 % de los encuestados eran hombres y el 57 % eran mujeres. Todos estaban en edades entre 14 a 20 años con una edad promedio de 19,4 años. En cuanto al estado civil hubo una mayoría de solteros, sin embargo, alrededor del 30 % ya tenía una relación estable en unión consensual.

El uso de métodos anticonceptivos (MAC) demostró que no hay buen dominio sobre la mayoría de los que existen, con excepción del preservativo o condón, donde el 95 % lo señaló. En el sexo femenino hubo un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos. El conocimiento de las medidas de prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) tampoco alcanzó una evaluación de bien. Hay conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual, cómo prevenir las ITS, no obstante el 45 % percibió al sexo con penetración como medio o vía de contagio. Solo el 60 % de los estudiantes conocían las vías de transmisión del VIH/sida. Lo que muestra que a pesar de la amplia información que existe, aún no es efectiva.

González E, Montero A, Martínez V, Mena P, Varas M. Chile 2010 (14): en su Estudio cualitativo sobre Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva.

Encontró que recordando su primera experiencia sexual y el contexto en que se desarrolló emergieron las siguientes categorías: Adolescentes que lo hicieron: “por amor”, “por estar enamorado”, quería que él, fuera mi primer hombre” como el principal motivo por el cual iniciaron actividad sexual; por “curiosidad” y “por saber que se sentía”, porque experimentaron un deseo interno por la aprobación de los pares. Adolescentes que lo hicieron sin tener una motivación especial: “estábamos solos, nos dejamos llevar”, o “fue la excitación del momento”. Una comunicación abierta y negociación mutua aseguró la decisión de tener relaciones sexuales, fue una responsabilidad compartida. Adolescentes que lo hicieron bajo cierta coerción. En estos casos el miedo a que su pareja la dejara impidió a estas adolescentes posponer la actividad sexual.

R, Guimará M, J Guimará y Col. Holguín. Cuba 2010 (15): Holguín en su estudio sobre : Intervención educativa en algunos comportamientos de riesgo en la adolescencia encontró los siguientes resultados: con respecto al estudio del nivel de conocimientos generales sobre algunos comportamientos de riesgos en la adolescencia antes de realizar la estrategia de Intervención educativa, se evidenció que un 50% no tenían conocimientos, un 30% tenían pocos conocimientos y con conocimientos solo 8 un 20%. Estos resultados demuestran que aún falta mucho por lograr en el campo de la promoción de salud en cuanto al embarazo en la adolescencia, las ITS, VIH/sida.

Corona J, Ortega J 2013 (16): en su estudio 27,9 % de los varones y 9,5 % de las féminas habían tenido relaciones sexuales; mientras que otros no lo habían experimentado (24,9 y 37,8 %, para el sexo masculino y femenino, respectivamente), por lo que hubo diferencias estadísticamente significativas.

También se encontró que 8,5 % de los hombres manifestaron que no utilizaban métodos anticonceptivos y 10,5 % lo usaban ocasionalmente; mientras que 2,5 % de las mujeres refirieron no usarlos; 1,0 % lo hacía algunas veces y 6,0 % sí los empleaba. Asimismo, los varones son menos estables sentimentalmente, ya que 13,4 % de estos había tenido más de 2 parejas sexuales y solo 0,5 % de las chicas, para diferencias estadísticamente significativas.

Colomer J, (España) 2013 (17): Se estima que cada año dan a luz un millón de chicas de 10-14 años y 16 millones entre 15 y 19 años en el mundo. La mayoría de estos embarazos se producen en países en desarrollo, pero el embarazo en la adolescente también sigue constituyendo un importante problema de salud pública en los países desarrollados. La tasa de fecundidad de las adolescentes extranjeras menores de 19 años es seis veces superior a la de las españolas. Se estima que entre un 60 y un 90% de estos embarazos no son deseados, pese a que existen variaciones según el entorno sociocultural analizado.

Rodríguez E, Orozco K, Lina M, Mosquera G, (Colombia) 2015 (18): El estudio indican que el predominio del conocimiento acerca de métodos modernos de anticoncepción (píldora, condón, inyectables), con diferencias significativas entre ambos géneros. Son principalmente los padres (54.2%), y luego el novio o novia (32.4%) quienes brindan información a los escolares. Los métodos más utilizados son el condón y los inyectables. El 44.5% de los participantes desconoce las entidades que brindan orientación en el uso de métodos de anticoncepción, y solamente el 6.4% de

quienes los utilizan, asiste a control por parte de una institución de salud. En la adolescencia, la exploración de la sexualidad es una realidad que requiere orientación y fomento de comportamientos que aminoren los riesgos potenciales de embarazo y adquisición de enfermedades de transmisión sexual.

A nivel nacional

Sánchez romero. Chimbote 2010 (19): Edad media 15,2 años. La fuente de información citada con más frecuencia y la más importante fueron los medios de comunicación (52%). 28% de varones refieren relaciones sexuales con una edad media de iniciación sexual de 14,7 años, con un rango de 12 a 18 años, habiendo tenido el 64,3% su primera relación coital antes del primer año de relación. El 99% sabía dónde recurrir en situaciones de riesgo. El 75% de varones desconoce las dimensiones básicas sobre las ITS y el VIH/SIDA; y el 74% presenta actitudes desfavorables hacia estas enfermedades. **CONCLUSIÓN:** La mayoría de adolescentes varones no tienen los conocimientos suficientes sobre las ITS y VIH/SIDA, con actitudes desfavorables frente al tema.

Solís, Chimbote 2010 (20): En relación al VIH-SIDA, el 97% de adolescentes lo considera como una enfermedad mortal y un 92% conoce sus medios de transmisión. Para el 81% de adolescentes las ITS se adquieren a través de la relación coital, sin embargo, un 30% no conoce las principales ITS. Por otro lado, el 53% de los encuestados desconoce que el uso correcto del preservativo puede prevenir la transmisión de las ITS/VIH/SIDA; el 69% considera que tener sexo con una sola mujer no supone un riesgo para la infección del VIH/SIDA y el 74% considera el preservativo no muy seguro en la prevención de las ITS.

En el tema de anticoncepción se encontró que el 91% de los adolescentes encuestados conoce de métodos anticonceptivos, sabiendo que la T de cobre (Tcu) necesita los servicios del médico u obstetra para su aplicación (85% existen los llamados métodos naturales y artificiales (83%), y los métodos de barrera (75%). Sin embargo, un 28% de adolescentes no conoce que existen métodos de planificación familiar para ello. Se debe resaltar que el 82% de adolescentes considera que la mujer puede quedar embarazada en su primera relación coital y que el 25% no conoce el significado de abstinencia sexual.

Dentro de las dimensiones de actitudes de sexualidad muestran que Un 23% de los encuestados refiere que su cuerpo les pertenece, ejerciendo control sobre sí mismo, siendo necesario solicitar información libremente. Al describir la relación de pareja, resalta la falta de respeto a los espacios, carencia de diálogo sobre la conducta sexual, no acuerdan la decisión de tener o no relaciones coitales y ejercer su sexualidad sin riesgos (77%). Sólo un menor porcentaje (23%) refiere la existencia de respeto mutuo, acuerdo en respetar los “días de peligro” y sienten que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozca mucho.

El 82% refiere que las relaciones coitales se dan en forma espontánea y casual, evitando masturbarse debido a que consideran esta conducta anormal, y sólo 18% de adolescentes refirió tener relaciones coitales con sentimientos de amor, manteniendo una relación estable con su pareja; en igual porcentaje los adolescentes piensan que la virginidad es un tabú

.

Flores M Lima 2012 (21): en su estudio señala que el nivel de Conocimientos de los Adolescentes es de nivel regular. Las actitudes de los Adolescentes en mayor porcentaje son indecisas, con Pensamientos Favorables hacia su sexualidad y el menor porcentaje de alumnos Conductas Indecisas 38.9%. La gran mayoría de los Adolescentes, aún no tienen relaciones y un 30% ya las tiene, siendo el promedio de edad entre 15-16 años, donde predomina el sexo masculino.

Matienzo D, Solís A, Chimbote 2012 (22). Demostró en su estudio que el 71 % son católicos, el 77 % son estudiantes, el 68 % tiene enamorado(a); además el 96 % se consideran heterosexuales y el 34 % manifestaron no haber iniciado relaciones coitales. Del mismo modo, el 80 % de adolescentes desconocen de manera global sobre sexualidad, las dimensiones del ciclo de respuesta sexual y sobre prevención de las ITS y del VIH/SIDA. Asimismo, el 62 % muestra actitudes desfavorables hacia una sexualidad responsable. En conclusión, los adolescentes entrevistados de estas tres comunidades en su mayoría desconocen su sexualidad y presentan actitudes desfavorables,

Gutiérrez K, Solís N, Piura 2014 (23). En este estudio nos reflejan que el 92% no conoce los aspectos fundamentales de la sexualidad. Del mismo modo, un alto índice (81%) de adolescentes de actitudes desfavorables en relación a su sexualidad. Llevando Conclusión la mayoría de los adolescentes encuestados no conocen sobre su sexualidad y tienen actitudes desfavorables que les dificulta llevar una vida sexual responsable. Y segura.

A nivel regional

Castillo J, Talara 2014 (24) El desconocimiento de la dimensión anatomía y fisiología sexual tiene sus raíces en el 81.18% de adolescentes no tienen claro la conformación de los genitales externos masculinos, 71.76% no saben que el embarazo es un acontecimiento que da inicio con la fecundación, por otro lado el 58.24%, de los adolescentes les resulta difícil conocer que una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual lo cual nos lleva a deducir las causas probables de riesgo a embarazo no deseado y abortos provocados, asimismo no consideran al sexo como una conducta natural (54.12%); y por otro lado desconocen que las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.

Dioses J. Sullana 2010 (25). En su estudio observó que el 92.5% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo sobre sexualidad, mientras que el 6% reporta nivel de conocimiento medio y solo el 2% nivel de conocimiento alto. Con respecto al nivel de Conocimiento en Sexualidad por dimensiones, se reporta que la dimensión menos conocida con un nivel de conocimiento bajo es la de, Metodología Anticonceptiva como prevención del embarazo (98%) seguida de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva (88%), Ciclo de Respuesta Sexual (82%) y finalmente Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA con el 72%. En la dimensión se encontró que el 8% son Anatomía y fisiología Sexual y Reproductiva, se evidencio también un nivel de conocimiento medio en mínimas porciones en la dimensión de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (30%) y Ciclo de Respuesta Sexual con el 10 respectivamente. Los resultados generales de las actitudes hacia la sexualidad de los/las adolescentes demuestra que el 98% manifiesta una actitud desfavorable hacia la sexualidad, mientras que solo el 2% presenta una actitud favorable.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Principales Bases teóricas

2.2.1.1 Visión de la adolescencia en las perspectivas teóricas

Los diversos teóricos han dedicado su tiempo en considerar a la adolescencia en sus estudios; los mismos que se han unido para determinar cuáles son las características más predominantes en esta etapa del desarrollo; teniendo cada uno sus propios estatutos al respecto; según: Freud establece que durante la adolescencia ocurren cambios fisiológicos que realimentan la libido, energía que estimula la sexualidad.

Se establecen las relaciones heterosexuales y exogámicas. Y es ésta la última etapa, antes de entrar a la edad adulta. Por su parte, Erikson, la categoriza como la etapa en que el adolescente se encuentra en el proceso de la búsqueda de la identidad vs la confusión de esa misma identidad. El adolescente debe determinar el propio sentido de sí mismo. Según, Erickson, los adolescentes se basan en juicios donde la fidelidad juega un gran papel (26,27). Piaget, se interesa por los cambios cualitativos que tienen lugar en la formación mental de la persona desde el nacimiento hasta la adultez.

Fue un teórico de fases que dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro grandes. Cada una de las cuales representa la transición a una forma más compleja y abstracta de conocer. En cada etapa se supone que el pensamiento del niño es cualitativamente distinto al de las restantes. El desarrollo cognoscitivo no solo consiste en cambios cualitativos de los hechos y de las habilidades, sino en transformaciones radicales de cómo se organiza el conocimiento. (30). Kohlberg divide la adolescencia en tres etapas distintas. La primera de ella es la etapa Pre-Convencional. Esta etapa se

caracteriza por el pro-adolescente donde las interpretaciones son en base a lo inculcado por su familia, generalmente manejado con el concepto de "bueno y malo" y reforzado con el "premio y castigo".

Le sigue la etapa Convencional que se observa en el adolescente temprano y medio, quien todavía mantiene un respeto a las expectativas y reglas familiares, grupo, país, como expresión de acato al orden social. Por último, la etapa Post-Convencional que se presenta al final de la adolescencia, cuando ya la persona tiene conceptos propios y toma decisiones independientes del grupo y de la familia (18, 19).

Bandura, se fundamenta en que los niños aprenden en un contexto social al observar e imitar modelos y utiliza los experimentos científicos rigurosos como técnica de estudio (28).

Por último, para Hostos en el adolescente funciona principalmente la inducción. Hostos piensa que la adolescencia es la edad de los más vivos placeres intelectuales. La razón actúa con todas las funciones hasta donde alcanza la fuerza de la función predominante (27).

Tomando en cuenta las perspectivas antes mencionadas la siguiente tabla muestra de manera sencilla las relaciones que cada una de ellas expone y si utiliza o no etapas como método de medición para establecer patrones de conductas. se presenta el resumen en el **cuadro N° 1:**

Teoría / Exponente	Perspectiva de la adolescencia	Uso de las etapas
Teoría psicosexual de Freud	Cambios físicos que despiertan la sexualidad.	Sí (Oral, Anal, Fálica, Latente y Genital)
Teoría psicosocial de Erickson	Búsqueda del yo	Sí (8 etapas de confianza vs desconfianza)
Teoría aprendizaje social de Bandura	Imitación moral y búsqueda del yo.	No (Cree que el desarrollo depende del conocimiento mediante modelaje)
Teoría Cognoscitiva de Piaget	Conocimiento mediante operaciones formales.	Sí (Sensorio motriz, pre operacional, operación concreta y operación formal)
Teoría desarrollo moral de Kohlberg	Imitación moral y búsqueda del yo.	Sí (pre convencional, convencional y pos convencional)
Teoría razonamiento moral de Hostos	Uso de la razón mediante la inducción.	Sí (infantil, adolescencia, juvenil y adultez)
Teoría motivacional o de jerarquía de necesidades de Maslow	Cambios físicos, búsqueda del yo, despertar de la sexualidad, pensamiento abstracto y razonamiento.	No (Cree en el desarrollo de las potencialidades mediante el alcance de metas)

2.2.1.2 La Adolescencia: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio. Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia período de transición entre la pubertad y el estadio adulto (30).

La palabra Adolescencia deriva del latín *adolescere*”, que nos remite al verbo *adolecer* y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer, Sin embargo cabe mencionar que en nuestra cultura es considerada simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. Así pues, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas (30, 31)

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez e inicio de la presencia de la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia constituye un periodo de incertidumbre y de desesperación, para otros es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro. Dina Krauskopf, define la adolescencia como un periodo de cambios intensos que se dan en todas las esferas de la vida, en el nivel corporal, mental y social. En esta etapa ocurren rápidas transformaciones fisiológicas, psicológicas y relacionales, entre las que destaca la necesidad de diferenciarse del mundo adulto,

tener autonomía, tener la posibilidad de tomar decisiones propias y definir códigos particulares para comunicarse y expresarse (31).

2.2.1.3 Proceso de la Adolescencia: Etapas evolutivas

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias. El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución (32).

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad, aceptación y seguridad. Caso contrario, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios (24).

Adolescencia viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. La adolescencia se contempla ya en los tratados más antiguos. Siempre se ha considerado una época de los individuos a medio camino entre la infancia y la edad adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron claramente una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra. (32).

Por otro lado La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

-Pre adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad

-Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.

-Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos. Para los fines del presente estudio nos centraremos y profundizaremos en una de las etapas a fin con la investigación planteada, nos referimos a la etapa de la “Adolescencia propiamente dicha”.

La Adolescencia propiamente dicha:

a. Desarrollo Cognoscitivo: En este momento ya el pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas. Es capaz de raciocinar de un modo hipotético deductivo, es decir, a partir de hipótesis gratuitas y, procediendo únicamente por la fuerza del mismo raciocinio, llegar a conclusiones que pueden contradecir los datos de la experiencia (34-35)

b. Desarrollo motivacional: Según (33,34) cita a Schneiders, quien refiere que, en el adolescente sobresalen los siguientes motivos: Necesidad de seguridad, Necesidad de independencia, Necesidad de experiencia, Necesidad de integración (de identidad), Necesidad de afecto.

c. Desarrollo afectivo: Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva. Pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad. La sensibilidad avanza en intensidad,

amplitud y profundidad, el adolescente es variado en su humor (33).

d. Desarrollo social: Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar (36)

- A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales, este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad tiene mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social
- Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.
- En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas (34).
- La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: Por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla.

e. Desarrollo sexual: La sexualidad del adolescente no es sólo un fenómeno psico fisiológico, sino también socio – cultural.. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual (33,34).

Todos los adolescentes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza. En la adolescencia comienzas las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico (38.39)

f. Desarrollo moral: La moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales (38).

g. Desarrollo religioso: En la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. En esta edad, lo trascendente son afirmados como tales. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la ecuación de la escuela y el medio ambiente El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente.

2.2.1.4 Bases teóricas de la Sexualidad

La sexualidad es una función básica del ser humano, esta comienza a los tres o cuatro años de edad y se establece definitivamente durante la adolescencia. Los diferentes cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa pueden tener un gran impacto en el comienzo de la sexualidad y las vidas reproductivas de los adolescentes de ambos sexos. Es importante entender las respuestas de los y las adolescentes a estos cambios para poder identificar el comienzo de las necesidades de salud reproductiva y proporcionarles servicios satisfactorios (58).

Aquí mencionamos las principales teorías de la sexualidad.

a. Teoría del Aprendizaje

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella (37,38). Esta teoría también sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socio ambientales a los que el niño se halla expuesto. En los primeros años de vida los modelos a observar e imitar son ante todo Los padres (37-39,40)

b. Teoría Cognitivo-Evolutiva

Según este punto de vista, el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño (41). Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género, equivalente a una estimación no menos estereotipada del mundo en general ya que hasta antes de los 5 años ellos no comprenden que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género (40).

c. La interacción biosocial

Muchos estudiosos contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia. Money y su equipo estiman que los factores que más influyen en la formación del género no son de origen biológico, sino fruto del aprendizaje cultural. (45)

Además hay quienes definen la sexualidad como la combinación de: género, deseo sexual, sentimientos, experiencias sexuales, orientación sexual, influencia cultural, historia familiar, características físicas y espiritualidad. La mayoría de estas cosas influyen en la propia percepción sexual de una persona y como otros ven y actúan hacia él/ella como un ser sexual. (2)

Desde el **enfoque psicobiológico:** El concepto de "sexualidad" sería una "construcción cultural". Correspondería a la amalgama subjetiva del comportamiento erótico y la problemática de reproducción. La característica neurobiológico que explicaría la aparición de este fenómeno cultural sería el extremo desarrollo en el ser humano del neo corteza, estructura que es la sede de las funciones intelectuales superiores (41).

Como vemos existen diversidad de teorías que definen a la sexualidad, así tenemos ésta, que se refiere a las manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales del ser hombre y del ser mujeres es decir abarca el conocimiento, creencias, actitudes, valores y comportamientos de los individuos a nivel sexual. Sus dimensiones incluyen la anatomía, psicología y bioquímica del sistema de respuesta sexual; la identidad, orientación, funciones y personalidad; y los pensamientos, sentimientos y relaciones. Los valores éticos, espirituales, culturales y morales influyen en la expresión de la sexualidad (41)

2.2.1.5. Bases Teóricas de la Actitud

Aunque la sexualidad, adolescencia y actitud son términos y teorías muy ligadas, y se relacionan estrechamente, sin embargo para efectos metodológicos se presenta por separado.

2.2.1.5.1 Principales Teorías

a. Teorías del aprendizaje.

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella.

b. Teorías de la consistencia cognitiva.-

Según las teorías de la consistencia cognitiva, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

c. teoría de la disonancia cognitiva.-

Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia.

Otras situaciones serían aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado (36)

2.2.1.5.2 Perspectiva de la actitud

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí (37).

Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Siempre estas son dirigidas hacia un objeto o idea particular (36,38).

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otras dependen directamente del individuo. (35,38)

2.2.1.6 Teoría del Conocimiento

Se entiende como teoría del conocimiento al intento intelectual de explicar la forma en la que adquirimos el conocimiento del mundo y los procedimientos por los que es generado ese conocimiento, de tal forma que pueda ser valorado ya como verdadero o como falso. Como su nombre lo indica, lo que pretende es crear una teoría (Cuerpo sistematizado de ideas sobre una materia) a cerca del conocimiento (40)

2.21.6.1 El Conocimiento Humano

Desde el enfoque epistemológico, el conocimiento es un acto que significa averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Es importante distinguir entonces que la naturaleza y los acontecimientos que en ella suceden, así como el conjunto de hechos y objetos y sus relaciones dadas en el mundo, tienen la posibilidad de ser averiguadas e identificadas por nuestro procesador principal de información: el cerebro. Pero

nuestro almacén y procesador de información operan limitadamente y no desde un cálculo total. (41)

2.2.1.6.2. Análisis y Enfoques del Conocimiento Humano

Cada vez que se estudia un tema tan complejo como es el del conocimiento, muchas veces hay que desmenuzar sus partes integrantes con el fin de comprenderlas, aun sabiendo que aquel funciona, vitalmente, como un todo.

Podemos analizar su funcionamiento o funcionalidad, sus productos (conductas mentales y sus consecuencias), alguna de sus partes en particular o también la finalidad del conocimiento y su continuismo adaptativo. Estos niveles de análisis también pueden ofertarse como conocimientos cotidianos, conocimientos científicos, conocimientos experienciales, etc. O puede ocurrir que los niveles analíticos se establezcan en orden a las estructuras a analizar: lingüísticas, fisiológicas, cognitivas, sociales, económicas, políticas, etc. Sugereente nos parece el concepto de enfoque, que focaliza su sistema analítico y realiza operaciones e hipótesis de trabajo sobre esquemas mentales complejos de representación de la realidad.

Obsoleto, nos queda el concepto de paradigma desde un punto de vista epistemológico, pues a fin de cuentas, se trata de una definición, más o menos extensa, de un sistema y su estructura funcional; es decir, una teoría o un esquema de la misma.

Dentro del término “enfoque”, también encontramos diferentes niveles de (34). como el enfoque estructural, el Enfoque conexionista, Enfoque integral, Enfoque procedimental, Enfoque procesal, Enfoque relacional, Enfoque asociacionista, Enfoque dinámico, entre otros.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Visualizamos que la sexualidad por sus características y diversidad de Enfoques puede ser abordada de diferentes dimensiones, sin embargo el Presente estudio denominado: **“Conocimientos y Actitudes sexuales que tienen los adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I, Distrito de Tambogrande, durante el periodo 2013- 2015.**

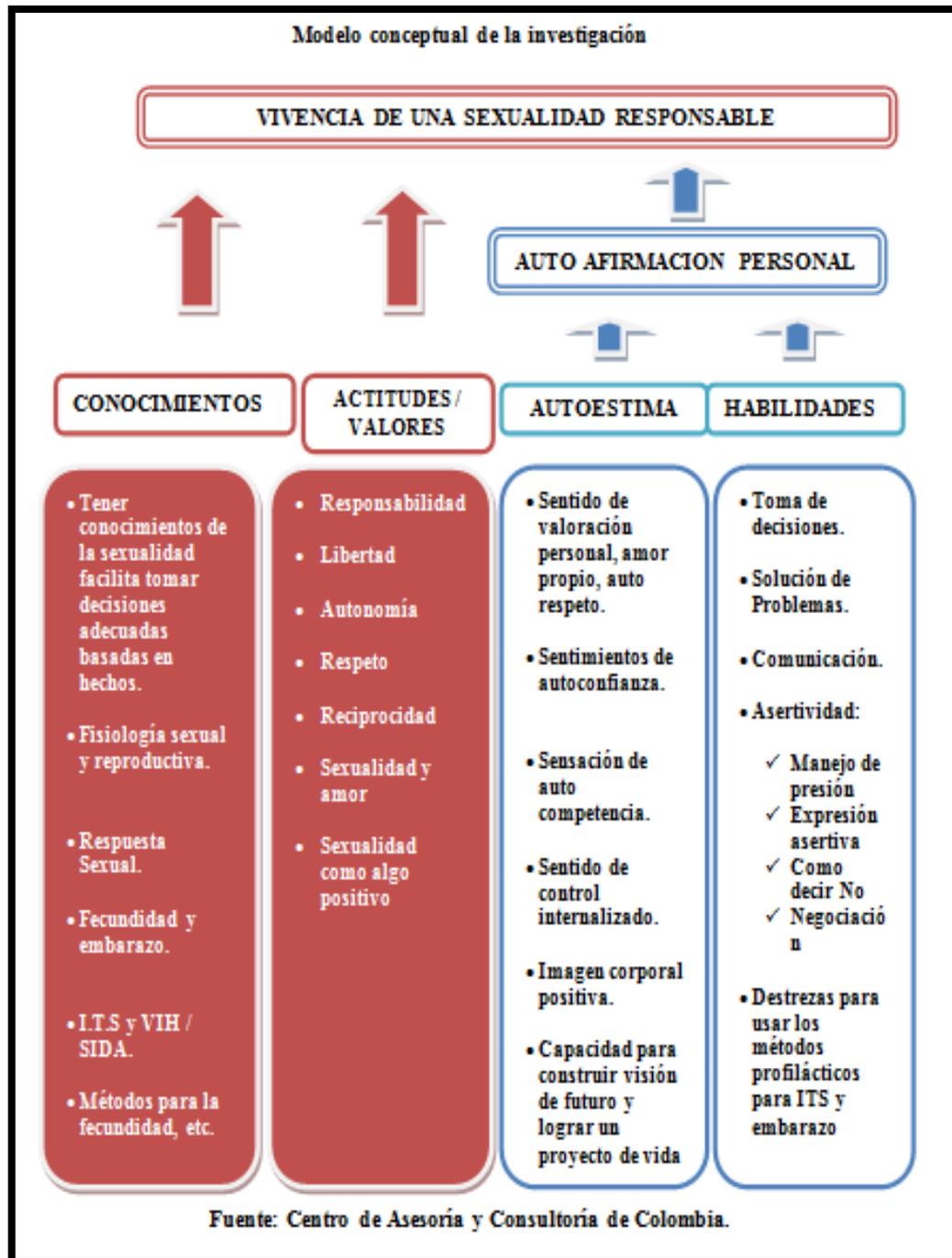
Se abordará, tomando el modelo del centro de consultoría y asesoría del adolescente. Según cuadro N° 2.

Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable". Los criterios que se proponen para vivir una sexualidad en forma responsable son:

- La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones.
- Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre sí mismo y los demás.
- Tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual.
- Tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones que ocasionarían problemas y consecuencias negativas para sí mismo y otras personas.
- Decide libre, consciente y autónomamente.

Cuando la vivencia sexual está asociada a un sentido que le da significado a la experiencia sexual y amorosa. La responsabilidad será el producto de un largo y complejo proceso de formación que implicará la estructuración de conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades y el desarrollo de una adecuada autoestima.

CUADRO N° 01



Desde esta propuesta se ha tomado los tópicos referidos a las dimensiones relacionados con el área cognitiva y actitudinal del adolescente, las mismas que se convertirán en las variables principales que en adelante denominaremos variable conocimientos y variable actitudes. (54).

Este modelo que plantea el Centro de Asesoría y Consultoría del Adolescente de Colombia, sustenta: Mientras se siga evitando hacer una educación sexual abierta, basada en la verdad, centrada en la promoción de valores y actitudes para una sexualidad responsable, realizante y constructiva, no se podrá esperar que las futuras generaciones tengan una salud superior a la que han tenido las generaciones anteriores. (55).

La investigación apunta a describir la variable principal Conocimientos sexuales de los adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta sector I, distrito de Tambogrande, durante el periodo 2013- 2015, en sus dimensiones:

- Conocimiento de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva: ciclo menstrual, fecundación y embarazo.
- Conocimientos del ciclo de Respuesta Sexual.
- Conocimiento de las Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.
- Conocimiento de los Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.

Así mismo la variable principal Actitudes Sexuales de los adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta sector I, distrito de Tambogrande.

- Responsabilidad y prevención de riesgo sexual.

- Libertad para decidir y actuar.
- Autonomía.
- Respeto mutuo.
- Sexualidad y amor.
- Sexualidad como algo positivo.

2.2.1. Anatomía y fisiología sexual y reproductiva.

2.2.1.1 Anatomía de los órganos sexuales masculinos y femeninos.

A. Los órganos sexuales femeninos se suelen clasificar en externos e internos, incluyen:

A.1. Los genitales externos: También llamados vulva, tienen las siguientes estructuras: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris, meato uretral, orificio vaginal e himen (42).

-Monte de Venus: Tiene forma triangular, con la base en la parte superior. Está constituida en su interior por un abundante tejido graso y exteriormente por una piel que se cubre de vello a partir de la pubertad.

-Labios mayores: Son pliegues carnosos cubiertos de vello, localizados a cada lado de la abertura vaginal. **Los labios menores** localizados por dentro de los anteriores, son dos pliegues sin vello, ubicados al borde de la entrada de la vagina, los labios mayores y menores en conjunto conforman la vulva. Poseen abundantes terminaciones nerviosas, las que los hacen muy sensibles.

-Clítoris: Ubicado en la parte superior de la vulva, por debajo de los labios mayores y entre los repliegues de los labios menores. Es órgano eréctil del tamaño de un guisante, con una estructura muy parecida a la del pene, pues está

formado por un tejido esponjoso y abundantes terminaciones nerviosas. Asimismo, tiene un glande cubierto por un prepucio. Tiene como función la de ser un órgano altamente sensitivo al estímulo físico y que sirve para enviar al cerebro las sensaciones de placer.

-Meato uretral: Pequeño agujero donde termina la uretra y por el que sale la orina. Se localiza entre el clítoris y el orificio vaginal (42).

A.2. Órganos internos Femeninos:

-La vagina. Órgano tubular por el cual penetra el pene durante el coito, así mismo es la vía de paso del bebé durante el parto, por lo que sus paredes son muy elásticas, por la parte externa comienza con el orificio o entrada vaginal, y por la parte interna termina en el cuello del útero. En estado de reposo sus paredes están plegadas una contra la otra, pero durante la excitación se expanden dando espacio al pene. Tienen terminaciones nerviosas sobre todo en su tercio externo, que es sensible a la estimulación erótica. Es también el órgano por el cual sale al exterior el flujo menstrual (42).

-El Útero o Matriz: Tiene el tamaño de una pera invertida. Tiene un orificio inferior que se llama cuello uterino (cérvix) y comunica con la vagina. El útero aloja y nutre al feto en desarrollo. La capa de tejido que cubre al útero se llama endometrio, y tiene muchos vasos sanguíneos. El endometrio se desprende durante la menstruación y produce la mayor parte del flujo menstrual.

-Trompas de Falopio: son canales que conectan los ovarios con el útero. Luego que el ovulo sale de uno de los ovarios, demora 24 horas en recorrer el tercio

exterior de la trompa correspondiente. Es ahí donde usualmente es fecundado por un espermatozoide si ha habido una relación sexual. Si la fecundación se produce, el óvulo fecundado descenderá el resto de camino hacia el útero; si no se produce, el ovulo será eliminado con el flujo menstrual.

-Ovarios: tienen forma de almendra y son las glándulas sexuales femeninas encargadas de producir óvulos y hormonas (estrógenos y progesterona), A partir de la pubertad y hasta la menopausia, se dedicarán a liberar un óvulo maduro la ovulación se presenta cada treinta días aproximadamente. El óvulo es el elemento germinal femenino capaz de ser fecundado por el espermatozoide, se diferencia de éste en que es mucho más grande y lento. Las hormonas femeninas son las responsables del aspecto físico particular de la mujer, mantener el ciclo menstrual, y proveer a las necesidades hormonales durante un embarazo (29).

B. Órganos Sexuales Masculinos

B.1. Genitales Externos:

-Pene Tiene importantes funciones en la reproducción y eliminación de la orina. Tiene forma de tubo, y termina en el glande. La abertura en la punta es el orificio urinario, por el que discurre la orina durante la micción y el semen durante la eyaculación. El borde del glande se llama corona, aunque todo el pene es sensible, el glande y la corona son mucho más. El prepucio es la capucha de piel que cubre el glande. En la corona del glande existen glándulas que producen blanquecina llamada esmegma, que tiende acumularse, y que por ello requiere aseo permanente, lo que es posible desplazando el prepucio en condiciones normales.

-Los Testículos: Los testículos son las gónadas o glándulas reproductoras del varón, tal como los ovarios lo son en la mujer. En tal medida tienen dos funciones principales: producir las células reproductoras masculinas (espermatozoide) y elaborar la hormona sexual masculina o testosterona.

B.2. Órganos Internos Masculino

Conductos deferentes: conducto cilindroide, en número par, sigue a la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, en la que su diámetro aumenta formando la ampolla del conducto deferente, la cual se une con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.

-Vesículas seminales: Glándulas que producen líquidos que van a formar parte del semen. La próstata se encuentra debajo de la vejiga y rodea a la porción interna de la uretra originada en ésta. Tiene forma de castaña. Está constituida por músculo y tejido glandular, crece durante la pubertad y se encoge en la vejez, puede endurecerse e interferir con la micción en el hombre mayor, en cuyo caso requiere de cirugía.

Glándula de Cowper: Son dos pequeñas formaciones del tamaño de una arveja que se encuentran situadas a los lados de la uretra por debajo de la próstata que también contribuyen con el líquido seminal. Cuando el orgasmo es inminente, estas glándulas se contraen y vierten un líquido alcalino claro, que sale al exterior inmediatamente antes de la salida de la eyaculación y en algunos casos puede llevar espermatozoides (42).

-Escroto. El escroto es una bolsa de piel y músculos que contiene los testículos.

2.2.2.1.2 Fisiología Sexual y Reproductiva

Para efectos de la medición de la dimensión fisiología sexual y reproductiva nos centraremos a definir el marco conceptual de los principales indicadores como son el ciclo menstrual, fecundación y embarazo. El conocimiento de los órganos sexuales y reproductivos, implica que los adolescentes de ambos sexos conozcan la fisiología del ciclo menstrual, la fecundación y embarazo. El conocer el periodo menstrual o también llamado “la menstruación” o “regla”. Es una señal que la adolescente está creciendo. Quiere decir que su cuerpo está saludable y normal. Esto sucede cuando el cuerpo de la adolescente está convirtiéndose en un cuerpo de mujer.

a) Ciclo ovárico

Los ovarios están constituidos por un estroma y una gran cantidad de folículos (200.000 por ovario). Los folículos están formados por una pared de células estromales conocida como teca, que rodea a una capa de células foliculares conocida como granulosa, que segrega estrógenos. La porción central del folículo está ocupada por un oocito, que por división meiótica durante la maduración del mismo, dará lugar a un óvulo.

A partir de la pubertad, comienzan a madurar varios folículos cada mes, pero habitualmente sólo uno completa el proceso de maduración. Los folículos maduros se llaman folículos de Graaf. El interior del folículo está ocupado por el líquido folicular (43).

Aproximadamente, a los 14 días del inicio de la menstruación, el folículo maduro se rompe y expulsa el óvulo a la trompa de Falopio, lo que se conoce como ovulación. El óvulo viaja por la trompa hasta el útero, a menos que no

haya ocurrido fecundación. Tras la ovulación el folículo se llena de grasa y se transforma en el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, que segrega estrógenos y progesterona. Si no ha habido fecundación, el cuerpo lúteo degenera poco antes de la siguiente menstruación y da lugar al cuerpo albicans (44)

b. Ciclo uterino o menstrual

Mientras que para Sobrevilla (42). El ciclo menstrual es un ciclo biológico que involucra a los órganos reproductivos de la mujer y que depende de los niveles de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona. El ciclo menstrual se cuenta en días, y se ha decidido llamar día 1° de este ciclo al primer día de la menstruación, ya que es más fácil de identificar.

Chirino R. (43) profundiza y refiere que en esta fase del final de la menstruación, sólo se conservan las capas más profundas del endometrio, que es la mucosa que recubre el interior del útero. Los estrógenos del folículo en desarrollo hacen que el endometrio crezca y aumente de espesor. Tras la ovulación, el cuerpo lúteo segrega estrógenos y progesterona; esta última hace que las glándulas endometriales comiencen a segregar, de tal forma que el endometrio se vuelve edematoso, ideal para la implantación del embrión. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo degenera; dejan de producirse estrógenos y progesterona, y sobreviene la menstruación: las arterias uterinas se abren y el flujo de sangre hacia el exterior arrastra consigo los restos de este endometrio neoformado (44)

c. La Fecundación

También llamada Concepción, es el hecho fisiológico en el cual el espermatozoide alcanza al ovulo, y perdiendo su cuello y su cola entra en él, que es de tamaño bastante mayor, permitiendo así la reunión del material genético de ambas células, para formar el huevo o cigoto del futuro ser humano con 46 cromosomas (42)

d. El embarazo

Es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser en el aparato reproductor femenino que culmina en el parto, es el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 36 a 40 semanas, 10 meses lunares o casi 9 meses de calendario solar). Durante éste tiempo la gestante experimentará modificaciones anatómicas y fisiológicas y la mayoría de las cuales se revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia (45,46).

Entre los cambios físicos más relevantes podemos encontrar: El útero aumenta de 500 a 1.000 veces su capacidad y pasa de pesar unos 60 grs. a 1.000 grs. al final del embarazo. En el cuello uterino se forma el llamado tapón mucoso que va a sellar el conducto endocervical, evitando de esta forma el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero, este tampón mucoso se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical antes del parto. La vagina aumenta su elasticidad la secreción de flujo. Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de la lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las areolas (38)

e. Menarquía

Es la primera vez que tiene su periodo la niña. Normalmente el periodo dura de tres a siete días, el flujo empieza leve. Puede volverse más fuerte por dos o tres días y de allí más leve hasta que se termina. La mayoría de veces empieza de color café, pero se vuelve más rojo. De allí se vuelve más café hasta que se termina. Un ciclo menstrual normal puede ser tan corto como de 21 días o tan largo como de 35 días. Es normal que haya cambios que sucedan de mes a

mes. Algunos meses no tendrá un periodo, especialmente durante el primero o segundo año. La salud también puede estar influenciada.

La mayoría de las niñas y mujeres no sienten cuando sucede la ovulación. No están realmente seguras cuando ocurre. Es posible que sientan dolor en la parte baja del abdomen. La ovulación sucede aproximadamente en medio del ciclo menstrual. Muchas niñas marcan el calendario con una “X” los días que sangran. Para la mayoría de las mujeres, el periodo viene cada 25–30 días. (46)

2.2.2.2 Ciclo de Respuesta Sexual Humana

La Respuesta Sexual Humana es una sucesión de acontecimientos fisiológicos cuyo fin es el adecuado desempeño de la actividad sexual. Para que ésta sea posible, los órganos genitales han de experimentar cambios importantes en su forma y su función a través de un proceso de excitación, de tal modo que el coito es imposible si el pene permanece flácido o la vagina está seca y no se ha dilatado. Conviene destacar que el coito vaginal no es el fin del proceso de respuesta sexual. Aunque así suceda en buena parte de los encuentros sexuales heterosexuales los procesos fisiológicos denominados respuesta sexual acontecen igualmente en cualquier otra forma de actividad sexual placentera, con independencia de si ésta alcanza alguna o algunas descargas orgásmicas (47).

Hasta hace pocos años se tenía la idea de que en la respuesta sexual humana se producía una única fase que abarcaba todo, sin límites entre el deseo y el orgasmo. Como consecuencia de ello, todos los trastornos sexuales se consideraban una única entidad clínica, sin diferenciar entre eyacuación precoz

o disfunción eréctil y anorgasmia. El hombre incapaz de desempeñar la actividad sexual, con independencia del origen del problema, era incluido dentro del grupo de hombres con problemas de impotencia. Lo mismo ocurría con las mujeres, cuyos problemas sexuales se englobaban dentro del grupo que padecía frigidez, denominados respuesta sexual (47).

Master y Jonson, investigadores en Saint Louis, Missouri, considerados por muchos como los padres de la sexología moderna, rompieron con los prejuicios emocionales que impedían el estudio científico de la fisiología sexual y analizaron, de manera muy detallada, las interacciones sexuales de 382 mujeres y 312 hombres de 18 a 89 años, en más de diez mil episodios de actividad sexual. En 1966 publicaron en el libro 'Respuesta Sexual Humana' las conclusiones de sus investigaciones. Algunas de ellas fueron:

- La importancia del clítoris en la excitación y el orgasmo de la mujer.
- La descripción de la posibilidad de orgasmos múltiples en la mujer.
- La identificación, en el hombre, del "punto de inevitabilidad eyaculatoria", momento en el que el proceso eyaculatorio se activa desde el interior y ya no puede detenerse.
- La descripción del "periodo refractario" tras la eyaculación en el hombre, periodo de tiempo que varía de unos a otros, durante el que, aunque haya estimulación, no hay respuesta sexual ni es posible la emisión de espermatozoides.
- La capacidad sexual de los adultos de mayor edad.
- La similitud esencial de la respuesta sexual del hombre y la mujer.

El descubrimiento de que la mujer no experimenta periodo refractario y el de su capacidad multiorgásmica impactaron fuertemente en la sociedad de la época y

servieron para desinflar el mito de la superioridad sexual masculina (37). Masters y Jonson incluso después de casarse diferenciaron 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución Sin embargo también refiere la literatura que para que se de estas 4 fases, se presenta una fase antes que éstas, llamada fase de deseo así define el autor siguiente: La respuesta sexual es la forma de responder ante los estímulos que provocan el deseo, tanto desde un punto de vista físico, como desde un punto de vista más íntimo y personal. La respuesta sexual consta de varias fases. No son fases "automáticas"; es decir, sólo porque te "pongas en marcha" no tienes por qué llegar al último paso necesariamente. (37).

Fase de deseo

Es una fase "mental". Para excitarse sexualmente hay que estar interesado en el sexo: pensar en ello, sentir curiosidad y, en general, desearlo.

Fase de excitación

La excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada... la lista puede ser infinita. Aún no se ha podido clasificar de manera diferenciada si hay algo que excite a hombres y mujeres por separado, aunque las creencias populares son que el hombre se excita más por la visión y las mujeres más por el tacto, la mirada, una palabra o un gesto. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se hincha. El cerebro envía mensajes que producen ciertos cambios en el cuerpo, que son involuntarios y nos indican el comienzo de la excitación. Los más importantes son: (55,56).

En la Mujer Comienza la lubricación vaginal, es decir, la vagina se humedece. La parte interna de la vagina se expande. Los labios mayores se abren y crecen. Afluencia de sangre a los genitales, que hace que el clítoris se hinche y se acerque al hueso púbico. Cuando está excitado, el clítoris es mucho más sensible al tacto. Los pezones también pueden hincharse y quedar erectos. La respiración se acelera, aumenta el ritmo cardíaco y se produce tensión muscular.

En el Hombre La Afluencia de sangre al pene, provocando su erección. Aumento de tamaño de los testículos, que se elevan, quedando pegados al abdomen. Los genitales se oscurecen por la afluencia de sangre. Erección de los pezones, aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco y tensión muscular, igual que en la mujer.

Meseta:

Los cambios de la fase anterior alcanzan un máximo y se mantienen así durante un tiempo, para luego dar paso a algunos cambios: En la mujer el clítoris se esconde y apenas se palpa, en el hombre las glándulas de Cowper segregan un líquido que puede contener espermatozoides, llamado líquido pre seminal.

Orgasmo

Es la fase en que se liberan todas las tensiones sexuales acumuladas. Es difícil de describir, porque hay muchos tipos diferentes. Cada persona es diferente y vive el placer de una forma distinta. Aunque es más intenso, el orgasmo no dura tanto como las otras fases de la excitación, que pueden ir de unos minutos a unas horas. Un orgasmo, por lo general, dura entre 2 y 10 segundos. Sucede cuando la tensión muscular y la sensación de plenitud alcanzan su punto máximo y se liberan.
¿Cómo?

En la Mujer, a menudo se producen unas contracciones involuntarias que irradian desde los genitales, el útero y el ano. Se acompañan de una gran sensación de placer, que cada mujer puede vivir y describir de formas distintas: como un calambre, como una acumulación de tensión y rigidez seguida de una explosión, como un alivio, como una corriente de sensaciones cálidas. En el Hombre, se expulsa el semen, gracias a las contracciones de los genitales internos, acompañadas también de una intensa sensación de placer. El orgasmo suele coincidir con la eyaculación (55).

Fase de resolución

Hay una sensación de relajación en todo el cuerpo, que indica la vuelta al estado normal. La sangre abandona el área genital, los genitales vuelven a su tamaño y posición originales, la respiración se calma y la tensión arterial vuelve a su nivel normal. En el Hombre, tras el orgasmo, pasa un tiempo (periodo refractario) durante el cual no es capaz de tener otro orgasmo. La Mujer, en cambio, sí puede alcanzar otro orgasmo si vuelve a ser estimulada(55,56).

2.2.2.3 infecciones de transmisión sexual - VIH/SIDA

Las infecciones de transmisión sexual guardan estrecha relación con la salud reproductiva en el hombre. Entre esas infecciones se encuentran las ocasionadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B, entre otras. El VIH, epidemia de la actualidad, es un grave problema de salud en todo el mundo. Tiene, además, grandes efectos sobre la salud reproductiva en general. Las infecciones de transmisión sexual o ITS, antes denominadas venéreas, son infecciones transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Estas infecciones poseen una valoración social especial (58). Aquí nombramos las infecciones de transmisión

sexual más, castigados por la sociedad: sífilis, chancro, chancroide, uretritis no gonocócica, tricomoniasis, candidiasis y el herpes genital. Se trata de explicar las más comunes para saber los grandes riesgos que se corren al tener relaciones sexuales sin protección.

Sífilis: Es causada por una bacteria llamada “*treponema palidum*”, generalmente se transmite por las mucosas. La vagina y el glande son las puertas de entrada más frecuentes, aunque se han visto casos en los que entra por heridas. En la sífilis temprana sintomática (ya que también existe sífilis tardía) se presenta el famoso chancro. Es considerada como una infección bacteriana. Se encuentra dentro de las primeras enfermedades de transmisión sexual descritas.

Su tratamiento con antimicrobianos es eficiente pero su efectividad depende de una detección temprana. La sífilis causa graves consecuencias para la función reproductiva del hombre. Al infectar a la mujer puede provocar severos daños congénitos en el bebé en órganos vitales como el cerebro y el corazón. El control higiénico sanitario, evitar la promiscuidad, adicciones y hábitos negativos en el vestir, una correcta alimentación, entre otras medidas son fundamentales para lograr una correcta salud reproductiva (43).

Chancro: Consta de una ulcera con bordes duros que no es dolorosa.

Gonorrea: Conocida también como blenorragia. Es causado por “*Neisseria Gonorrhoeae*”. Es la inflamación de las estructuras en las que penetra. Puede ser la uretra o la vagina y cuello uterino. Pero también, se han visto casos

en el recto o en la cavidad oral. Se combate oportunamente con antibióticos, pero no tratada provoca infertilidad. Se expande a través del sistema reproductor masculino por medio de la uretra y provoca alteraciones.

Tricomoniiasis: Es causada por un parásito llamado “trichomonas vaginales o tricomonas” y se transmite por el contacto sexual, aunque ocasionalmente es transmitido por medio del contacto de toallas altamente contaminadas. Esta enfermedad también se presenta en los niños a causa de las violaciones.

Candidiasis: Es producida por hongos generalmente el “Cándida Albican”. La mayoría de veces se transmite por contacto sexual, pero no se considera exactamente como una ITS.

Herpes Genital: Se produce por un virus llamado como su nombre. Casi en un 95% de veces, es transmitido por contacto sexual. Sus síntomas son: la aparición de granitos o vejigas muy juntas.

Uretritis no gonocócica: Es la inflamación de la uretra, conocida también como uretritis inespecífica. Se transmite por contacto sexual y sus síntomas son como los de la gonorrea pero más leves.

Chancroide: Es producida por una bacteria llamada “Haenophiles Ducrey”. Se presenta una lesión en el pene o en la vagina semejante a una ampolla. **SIDA:** Enfermedad incurable y fatal que se transmite por contacto de algún líquido corporal

infectado con otro (intercambio de sangre, semen o flujo vaginal). Los primeros síntomas son: fiebre y sudoración nocturna, nódulos linfáticos inflamados el menos en tres lugares del cuerpo: pérdida de peso; diarrea crónica, disminución del número de glóbulos blancos.

2.2.2.3.1 Como prevenir Las infecciones de Transmisión Sexual

Actualmente se observa con preocupación el incremento del inicio precoz de la actividad sexual, lo que es un fenómeno complejo de analizar por su multicausalidad, sin embargo no podemos dejar pasar el tiempo dada la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La incidencia más alta de enfermedades de transmisión sexual se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los grupos de 15 a 19 y, después, aquellos entre 25 y 29 años de edad. Al menos la mitad de los infectados por el VIH tienen 24 años (48).

El control de las enfermedades de transmisión sexual se complica por factores de conducta instintiva e individual y por la gran diversidad de estas infecciones, en comparación con otras enfermedades transmisibles. Son las únicas enfermedades cuya propagación es diseminada directamente por la necesidad humana básica de compartir la intimidad sexual y reproducirse. La exposición a cualquiera de las enfermedades de transmisión sexual es consecuencia directa de la sexualidad de una persona. Aunque en general las personas entienden que el tener un mayor número de compañeros sexuales aumenta el riesgo de contraer cualquiera de las enfermedades de transmisión sexual (48).

Los anticonceptivos y la conducta del individuo modifican los riesgos de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Algunas mujeres tienden a tener más contactos sexuales mientras dispongan de anticoncepción eficaz. El uso de condones o diafragmas protege contra la transmisión de infecciones, solo cuando se usan junto con Espumas o jaleas espermicidas. El uso adecuado de condones disminuye considerablemente el riesgo de gonorrea en hombres y mujeres. Por otro lado el uso de dispositivos intrauterinos (T de cobre, espiral, etc.) Aumenta el riesgo de sufrir enfermedad inflamatoria de la pelvis, sobre todo en mujeres jóvenes y que no han tenido hijos.

El conjunto de estas enfermedades constituye una amenaza importante y en gran parte previsible para las mujeres y sus hijos nacidos y no nacidos. Lo que se necesita básicamente es que la población en general, sobre todo las mujeres apliquen esta información para prevenir las infecciones de transmisión sexual y sus consecuencias. Su frecuencia y variedad incluyen esterilidad, infecciones peri natales, cáncer genital femenino y tal vez la muerte, deben ser conocidas tanto por las mujeres como por sus parejas sexuales. Los cambios simples como la restricción de contactos sexuales y el uso adecuado de condones, pueden disminuir espectacularmente el riesgo de contagio personal de estas enfermedades (48).

2.2.2.4 Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo

Otro problema que aqueja a la adolescente es el embarazo no deseado, aborto provocado, se estima que en América Latina cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto, con una proporción que se incrementa a seis de cada diez embarazos en Chile, y baja a dos de cada diez en México. Cuando los embarazos de la adolescente son resultado de violencia sexual o abuso, es probable que haya efectos psicológicos y físicos a largo plazo, con consecuencias en la demanda de servicios de salud (48).

Está bien documentado que el conocimiento sobre fertilidad es muy bajo entre los y las jóvenes adolescentes. Por ejemplo, encuestas en Ciudad de México y Paraguay encontraron que el método anticonceptivo más usado en el primer coito era el ritmo, un método que también es comúnmente usado en Brasil. Sin embargo, solo un cuarto de los adolescentes varones y mujeres pudieron identificar el período más fértil en el ciclo menstrual de una mujer (49).

Las adolescentes descubren que están embarazadas, sin haberlo planeado, sin haber tenido la oportunidad de experimentar las diferentes facetas de la vida en pareja en mejores condiciones; una cuarta parte son madres solteras, muchas viven en unión sólo debido a este fortuito embarazo.

El lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo. La decisión implica reconocer la existencia de una vida sexual activa, lo cual también tiene un alto costo social para la adolescente (50)

Cuando hablamos de anticoncepción, debemos entender que es un icono que involucra tanto al hombre como a la mujer, por eso la elección del método debería ser una decisión de pareja ya que es parte de la organización necesaria para poder mantener una vida sexual plena y sin obstáculos. Existen diversos tipos de anticonceptivos así como múltiples clasificaciones.

Para su mejor organización los presentamos como: Anticonceptivos naturales y anticonceptivos artificiales Según la bibliografía revisada se puede concluir que no hay ningún método que sea 100 % seguro (excepto las ligaduras de trompas, la vasectomía, y la abstinencia, hay métodos más eficaces o menos eficaces

según cada caso particular, por ejm. Un método que es bueno para una mujer, puede no serlo para otra. Puede influir la edad, escala de valores, religión, estado de salud, situación económica etc. (50).

2.2.2.5 Responsabilidad y prevención de riesgo sexual

La Responsabilidad, ligada con la libertad, es inseparable debido a que solo una persona con una libertad absoluta puede responder a sus actos, ya sean buenos o malos. La Libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones.

En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor. Por ejm. Si un niño no hizo su tarea por que quiso salir a jugar, ese niño no está siendo suficientemente responsable y debe aceptar las consecuencias, que podría ser una mala nota. En este caso el niño eligió salir a jugar y no hacer la tarea, eligió el mal sobre el bien y eso se llamaría una falta de responsabilidad. Una persona es responsable cuando: Hace las cosas sin que nadie se las diga dos veces, cumple con sus obligaciones, es obediente, llega a clase puntualmente, ayuda en las tareas de casa.

Sin embargo la responsabilidad no es solo el hecho de elegir, lo más importante, es elegir el bien ante el mal, pero si elegimos la segunda, hacer el mal, habrá una falta de responsabilidad sobre nuestra elección, y esto lo debemos pagar

con un precio que puede ser elevado o pequeño según la maldad de nuestro acto. Todo acto que hagamos trae sus consecuencias, las cuales pueden ser buenas o malas dependiendo de la responsabilidad que le entregamos al acto. Pero si actuamos con responsabilidad, seguramente las consecuencias del acto serán buenas (50).

Por otra parte no es de extrañar que los chicos busquen desde muy jóvenes incluir la actividad sexual como parte de sus relaciones de pareja; pero ojo, esto no quiere decir que estén listos para un noviazgo serio y comprometido. Cuando un galán con el que sale una chica le pide sexo, puede muy bien ser que eso sea lo único que está buscando: pasar un buen rato en la cama, antes que buscar una comunicación más profunda o estrechar los vínculos amorosos entre los dos. Para otros autores la Responsabilidad está dada por el conocimiento que tienen los adolescentes para entender lo que necesitan: necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos (52).

2.2.2.6 Libertad Para Decidir y Autonomía

Como se mencionó en la dimensión anterior; La Libertad es el poder que tiene el hombre de obrar o de no obrar según su voluntad, además nosotros los seres humanos somos los únicos poseedores de la misma. A partir del desarrollo de la razón, la persona comienza a tener libertad excepto que la misma sea obstruida, y este desarrollo se hace responsable de sus acciones. En cada una de esas acciones que se hacen libremente, la elección entre el bien y el mal está implicada, y según la elección la responsabilidad del acto será mayor o menor (53). Está muy ligada también a la autonomía, que dicho sea de paso, es un concepto de la filosofía y la psicología evolutiva que expresa la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. También se usa como sinónimo de autogobierno de núcleos o sectores sociales.

Según Coulbalut C. (53) divide a la autonomía en tres áreas, que la componen: La autonomía personal ante necesidades materiales, Autonomía en desplazamientos y en relaciones amicales y Autonomía ideológica y de decisión. En este sentido realiza un estudio para la fiabilidad de la escala. Así los resultados muestran una acentuada subordinación del adolescente al núcleo familiar, que en función del sexo aparece aún más marcada en unas u otras áreas. Las chicas son más autónomas en aquellas actividades que implican más obligaciones y mayor responsabilidad en el hogar, en tanto que los chicos disponen de mayor independencia y libertad para realizar actividades fuera del hogar sin la compañía de los padres.

Es cierto que podemos tener cosas que nos gusten más o menos, pero también lo es que nos obsesionamos con aquello que nos gusta menos y pensamos que por ello nos pueden rechazar, construyendo un muro impenetrable a través del cual no dejamos pasar a nadie.

Romper este muro significa libertad, experiencias y sensaciones únicas, porque todos tenemos derecho a disfrutarlas. Nuestra autoestima en muchos casos se ve menguada cuando tenemos alguna dificultad sexual, ya que es un campo en el que nos exigimos mucho, nos proponemos objetivos muy altos y cuando no los alcanzamos nos sentimos frustrados (54).

2.2.2.7 Respeto mutuo y Reciprocidad

En tiempos pasados, la reciprocidad en la relación conyugal era rara, ya que las mujeres, en general, eran consideradas como propiedades o incluso como animales. Un hombre era libre de utilizar su burro con gentileza, o de tratarlo con brutalidad hasta que al animal se le agotaban las fuerzas y moría. Actualmente, en el mundo industrializado, el hombre tiene la misma elección respecto a su

coche: puede tener en cuenta lo que necesita y conocer su mecánica, o conducirlo por terrenos agrestes sin prestar la menor atención a su mantenimiento, cambio de aceite o recambios. Una mujer puede limpiar y cuidar de su máquina de coser o de su computadora, o puede maltratarla hasta que se atasque y quede inservible. Incluso una cuchara o un cuchillo puede mantenerse limpio y en su sitio, o dejar que se oxide o quede manchado (55).

En una era en que se tiende a tratar a los seres humanos como si fueran máquinas, no es fácil alcanzar una verdadera comprensión de la naturaleza humana y de las leyes que gobiernan las relaciones personales, aunque nuestro objetivo sea la felicidad, la armonía y el crecimiento del individuo, de sus relaciones y de la sociedad.

En esta época en que las mujeres, por primera vez, están aprendiendo que la dignidad humana también es aplicable a ellas, es absolutamente importante que los hombres conozcan las leyes de la reciprocidad y no esperen que una mujer les sirva sin recibir nada a cambio, ni pretendan imponer a una mujer lo que ella no quiere.

Hoy es importante tanto para los hombres como para las mujeres comenzar a preguntar a su cónyuge qué es lo que le gusta y lo que le disgusta, para poder llegar a conocerle como un ser humano con sus características individuales. Esto es aplicable a la relación conyugal respecto al espíritu, a la mente, a los sentimientos y, por supuesto, al vínculo físico. Es necesario llegar a conocer las creencias individuales, los gustos e idiosincrasias, sin lanzarse necesariamente a la conquista de la otra persona o emprender una cruzada para cambiar sus criterios.

Sin embargo, la sexualidad es un verdadero barómetro de la reciprocidad! Es una expresión corporal de numerosos principios espirituales, entre los que se cuenta la reciprocidad. **La ley de la reciprocidad es similar a la equidad y la justicia:** si es correcto que tú recibas, entonces también lo es que yo reciba. Si quieres expresar lo que sientes, ¿no sería justo que yo también pudiese expresar lo que siento? Si tú tienes derecho a satisfacer tus ansias y deseos, ¿no es también apropiado que yo dé respuesta a los míos? Si un día yo no tengo el deseo ni la necesidad, ¿no sería adecuado que lo aceptaras, ya que parece dar por sentado que a veces tú también estás atareado, preocupado, cansado o distraído? Si, en unas, tu amor se expresa con serenidad, y en otras con ternura, o de forma más enérgica y apasionada, ¿no puedes imaginar que yo también atravesase esas diversas modulaciones de necesidades y estados de ánimo sin querer por ello ofenderte ni rechazarte? ¿Acaso no es esto reciprocidad? (55).

Cuando se suprime la ley de la reciprocidad de manera sistemática y uno o ambos miembros de la pareja no la respetan, la sexualidad, como un canal de agua, se estanca; puede que gotee un poco de uno al otro, ¡pero no en la dirección contraria!

Entonces, la gente se preocupa, se enfada o queda perpleja, y recurre a la explicación más habitual: mi pareja está, bueno, deprimida...debemos administrarle algún tratamiento. ¡Cuando ella haya recibido tratamiento para su depresión, las cosas volverán a la normalidad! ¡Cariño! ¡Estás maravillosa! ¿Quién no quiere escuchar estas palabras de su pareja? Sin embargo, lo trágico es que para muchas mujeres esto puede significar que su pareja sólo desea ver el lado bueno, saludable de su mujer, que está “siempre dispuesta”. Entonces, la esposa siente que debe reprimir su cansancio, su tristeza, sus decepciones o su falta de entusiasmo, y que siempre tiene que intentar parecer “maravillosa”.

En la sexología moderna, cuando la relación sexual de una pareja se ha

interrumpido a causa de algún síntoma que exprese sufrimiento (impotencia del hombre o frigidez de la mujer, o la ausencia de la necesidad normal de actividad sexual), el tratamiento comienza enseñándoles a descubrir las necesidades corporales del otro mediante las caricias. El hombre y la mujer tienen que descubrirlo y ayudar a su pareja a tomar conciencia de sus necesidades. Ésta es una buena manera de medir la capacidad de la pareja de aprender la ley de la reciprocidad, además de aprender lo que es la ternura en un sentido físico (56).

2.2.2.8 Sexualidad y Amor

El desenvolvimiento de la relación a partir de esta etapa inicial, nos la explica Mercedes Arzú de Wilson ": El amor entre dos persona emerge de la atracción física en un principio. Del plano físico va transitando al psicológico y de éste, al espiritual. El anzuelo del principio suele ser casi siempre físico. Las relaciones entre amor y sexualidad no es que sean estrechas, sino que la una entronca directamente con la otra.

Y a su vez, en su seno vibran con fuerza toda y cada uno de los ingredientes que nutren lo mejor del ser humano: lo físico, lo psicológico, lo espiritual y lo cultural. Aquí, en el encuentro sexual lo que se destaca y toma el mando es la emoción placentera del goce del acto sexual, quedando algo relegadas las otras tres dimensiones, pero envolviéndolo todo. Por eso hay que volver a subrayar que la relación sexual es un acto íntimo de persona a persona, nunca de cuerpo a cuerpo.

¿Qué quiere decir esto? Sencillamente que cuando al otro se le trata sólo como ser físico, portador de un cuerpo, se ha escamoteado la grandeza del amor y

su profundidad. Esto es lo que pasa hoy en algunas ocasiones." (54).

Y continúa diciendo: "El cuerpo es algo personal, particular, propio. Este debe ser integrado en el conjunto de la personalidad. Amor personal comprometido, estable, que vincula a lo corporal, a lo psicológico y a lo espiritual. Dicho en términos más rotundos: El acto sexual auténtico, verdadero, es simultáneamente físico, psicológico y espiritual. Los tres participan simultáneamente en esta sinfonía íntima, misteriosa, delicada y que culmina con la pasión de los seres que se funden en un abrazo. La sexualidad no es algo puramente humano, un placer ligado al cuerpo, sino que mira a lo más íntimo de la persona. (62

La sexualidad es una pieza integradora de los planos físico, espiritual, psicológico y cultural. Visión del hombre completo. Si la vocación principal del hombre es el amor, toda la vida sexual debe vertebrarse en torno a él. Por eso, ese amor que se esfuerza por mejorarse a sí mismo, perfecciona y conduce a superarse a sí mismo dando salida a valores típicamente humanos: generosidad, donación, confianza, capacidad para hacer la vida agradable al otro evitando el egoísmo y el pensar demasiado en uno mismo."

Así, podemos concluir que amor y sexualidad han de formar un binomio inseparable que requiere nutrirse y complementarse mutuamente. La sexualidad de la persona, no debe de reducirse a una simple genitalidad. Cuando una persona se entrega físicamente al ser amado, no pone en juego únicamente su cuerpo, es más bien una donación que involucra la totalidad de lo que es, independientemente del cuerpo que tenga, el cual, es a su vez el medio óptimo para exteriorizar y poder comunicar todo aquello que llevamos dentro a través de las palabras que encarnan nuestros pensamientos y del lenguaje corporal no verbal que

muchas veces logra decir más que mil palabras (54,57).

De esta forma, la fusión de dos cuerpos unidos por motivos de amor y compromiso en el matrimonio, se convierte en dialogo de intimidades que en exclusiva se dan a conocer mutuamente en una entrega de personalidades, corazones e inteligencias que por un momento se funden en "una sola carne" sin por ello llegar a confundirse uno con el otro ya que cada uno sigue conservando la propia originalidad, solo que ahora enriquecida por la donación que cada uno ha hecho de sí y de la aceptación mutua del otro como un regalo (54).

Las personas somos lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos, así todos tenemos nuestra idea de lo que es el amor, el afecto, la sexualidad, la sensualidad Aunque aquí las hemos puesto separadamente para verlo gráficamente, las tres dimensiones las integramos a gran velocidad, e incluso a veces no nos damos cuenta de alguna. Así, decimos: "es que hay que pensar las cosas antes de hacerlas", y lo cierto es que lo hemos pensado; muchas veces sólo nos damos cuenta de lo que hacemos, pero para hacer hay que pensar y sentir. Amor, afecto, sexualidad, sensualidad: son todas las cosas de la vida cotidiana con las que nos sentimos a gusto y responsables: nuestros pensamientos, nuestras emociones, creencias, sentimientos, nuestra conducta y contactos (amorosos, afectivos, sensuales y sexuales).

La persona que realiza un cambio en tu vida eres TÚ. La capacidad de amar la aprendemos desde la infancia. Aprender a confiar en nosotros y en los demás, sentir seguridad en nosotros y en otras personas, respetar el criterio de otras personas y asumir una responsabilidad positiva son características que usamos en la vida cotidiana y en el amor afectivo-erótico. Generalmente, es cuando

comprendemos y nos damos cuenta que nuestra sexualidad va mejorando (56).

Cuando las personas aprendemos cómo somos y cómo vamos cambiando, podemos tener más confianza y más seguridad en lo que creemos y vivimos. En relación con la sexualidad, convertirnos en buenos amantes (amarnos a nosotros mismos) requiere algo más que conocer la anatomía y la respuesta sexual. Puede implicar la capacidad de sentirnos cómodos con nosotros mismos y con otra persona, y también abrirnos a otras ideas y creencias. Los primeros 4 minutos entre dos personas son importantísimos. Es este breve tiempo procesamos el aspecto, el cuerpo, la edad y, por supuesto, el atractivo de otra persona. La postura y su expresión facial dan una indicación de su humor y personalidad. Y así nos formamos una imagen de esa persona (en el amor, sobre un nuevo amigo, un compañero de trabajo, el cajero del supermercado, sobre una profesora, etc.

El amor es una de esas palabras cargadas de los más variados sentidos. Acometerla con un cierto rigor no es tarea fácil. De ella existe un auténtico abuso. En ella se dan cita un conjunto de significados que es preciso matizar. Hay razones de peso para abandonar la tarea, sobre todo si echamos una mirada a nuestro alrededor y vemos cómo es tratada en los grandes medios de comunicación social. El uso, abuso, falsificación, manipulación, adulteración y cosificación del término amor, ha ido conduciendo a una cierta ceremonia de desconcierto (56).

2.2.2.9 Sexualidad como algo positivo

La sexualidad es algo positivo, que hace agradables nuestras vidas. Por lo tanto, lo primero para ejercer nuestra sexualidad como una oportunidad de placer y bienestar, es asumir que nuestro cuerpo y nuestros deseos sexuales son digno motivo

de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo. Nuestra sexualidad tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. En especial los elementos sociales van construyendo nuestra sexualidad de acuerdo a las normas que en nuestra sociedad aprueban determinados comportamientos y rechazan otros, Frecuentemente encontramos que las normas sociales no se ajustan a las necesidades de las personas concretas, son por tanto reglas que no tienen sentido (58).

La sexualidad debe ser vista con naturalidad y espontaneidad, si los mayores brindan información y dan ejemplo de una relación de pareja basada en el amor, el respeto y la comprensión, sus hijos verán la sexualidad como algo normal, natural y positivo durante todo su desarrollo (64)

Luís Jorge González en su libro “Terapia para una sexualidad creativa”, hace un análisis y una interesante propuesta sobre una verdadera liberación sexual que no centre al hombre exclusivamente en su sexualidad, sino que lo lance a una realización plena de su afectividad. Plantea de forma práctica, poner la sexualidad al servicio del cambio y del crecimiento de las personas y de la sociedad, y ver al sexo como una realidad llena de bondad en sí misma y que juega un papel decisivo en la vida social, no sólo porque logra la complementariedad del hombre y la mujer, sino porque los orienta hacia una relación más responsable de ternura y amor. “Es hora”, comenta González, “de pasar de una sexualidad concentrada en lo genital, a una sexualidad difundida por todo el cuerpo y abarcando la totalidad de la persona sobre todo orientada hacia el otro, promoviendo así los derechos humanos en una relación de amor que se compromete con uno mismo y con el otro”.

El poder hablar sobre sexualidad es el primer paso para una salud sexual integral,

pues además de poder transmitir mejor la información y aclarar dudas y opiniones, permite a los jóvenes tomar conciencia de su propia postura y tener un mejor cuidado y respeto en el manejo de su sexualidad (58).

Es importante tomar en cuenta que hablar con los hijos no es decirles qué y cómo pensar o hacer, es un diálogo liberador para que tomen decisiones bien informados, es acompañarlos para que puedan pensar, analizar y tomar una postura conscientes de todos los aspectos que están presentes: el respeto hacia uno mismo y hacia el otro, la aceptación de su propio cuerpo, la autoestima, la responsabilidad y las consecuencias que van junto a cualquier conducta, promoviendo la autenticidad y la libertad y estableciendo límites y espacios para la expresión sexual.

El siguiente paso es promover en los jóvenes el respeto, la congruencia, y la responsabilidad para vivir conscientemente y con libertad su propia sexualidad. El ser congruente con lo que se piensa, se siente y se hace o dice es un ejercicio que capacita a la persona para comprender y evaluar con responsabilidad lo que la motiva a actuar de una u otra manera, y a entender las propias reacciones y los cambios fisiológicos y hormonales. Toma conciencia de algunos aspectos importantes de su personalidad, como son: sus creencias y pensamientos, sus sentimientos, sensaciones y emociones, y la conducta como consecuencia (58). La responsabilidad es una actitud de suma importancia en este aspecto, pues al mismo tiempo tenemos el poder para elegir y el compromiso de nuestra respuesta ante uno mismo y ante los demás, y esto nos compromete en el ejercicio de la libertad. La autoestima va unida a un desarrollo de una sexualidad integradora. La autoestima es la valoración positiva que la persona tiene de sí misma, sin juicio destructivo alguno.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SEXUALES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento sexuales de los adolescentes	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.	Anatomía y fisiología sexual y reproductiva:	- Conoce los genitales internos y externos del Varón y la Mujer. - Conoce ciclo menstrual	nominal	Si conoce No conoce
		Respuesta sexual,	- Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual		Si conoce No conoce
		Prevención de Enfermedades de transmisión sexual	-Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA -Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. - Medidas de protección y prevención		Si conoce No conoce
		Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	-Conoce los diferentes métodos anticonceptivos - Utiliza los métodos - Se protege y previene el embarazo		Si conoce No conoce

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES SEXUALES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Actitudes sexuales de los adolescentes	Una - Forma de respuesta, a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente.	Responsabilidad y prevención del riesgo sexual.	inicio de actividad sexual Recibe información y utiliza MAC, utiliza preservativos	Ordinal	Favorable Desfavorable
		Libertad para decidir y actuar	tiene capacidad para tomar voluntariamente sus		Favorable Desfavorable
		Autonomía	Realiza y decide solo por sus tareas Toma decisiones independientemente.		Favorable Desfavorable
		Respeto mutuo y reciprocidad	Respeto a su pareja No ha sido agredido físicamente Demuestra interés en los problemas de su pareja		Favorable Desfavorable
		Sexualidad y amor.	Tiene relación estable con su pareja Tiene solo una pareja, y tiene actividad sexual, producto de la relación de ambos Que sentimiento tienes después de una relación coital. Que sentimientos te aflora después de la masturbación La sexualidad debe vivirse respetando los principios y valores La relación sexual debe llevarse , respetando las normas sociales		Favorable Desfavorable
		Sexualidad como algo positivo	- Sentimientos después de la masturbación - Sentimientos después del acto sexual		Favorable Desfavorable

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Características socio demográficas	Son las características socio demográficas, de edad y de género de los adolescentes	Religión	- Religión	Cualitativa nominal	Católico
		Ocupación	- Ocupación	Cualitativa nominal	Estudiante
		Estado civil	- Estado civil	Cualitativa nominal	Trabaja Soltero
		Tiene enamorado(a)	-Tiene enamorado(a)	Cualitativa nominal	Si
		Se ha iniciado sexualmente	- Se ha iniciado sexualmente	Cualitativa nominal	Si
		Edad de inicio de sus relaciones sexuales	- Edad de inicio de sus relaciones	Cuantitativa de razón	No años

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE CONTROL

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL
EDAD	Son la Tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos.	Edad	- Edad	Cuantitativa de razón	años
SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Sexo	- Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino

III. Metodología

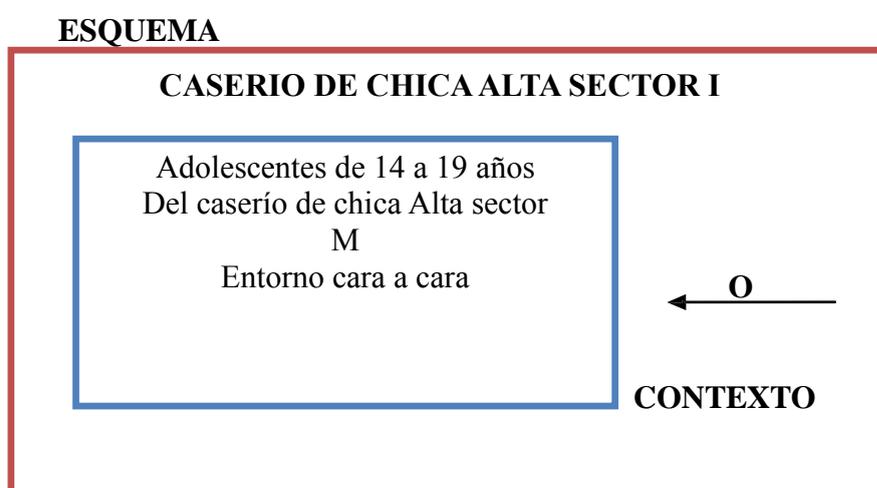
III.1. Diseño de la investigación

6.1. Tipo de la investigación: se realizó un estudio cuantitativo.

6.1. Nivel: exploratorio

6.3. Diseño de la investigación: descriptivo simple, no experimental de corte transversal.

6.4. Universo y muestra



M: Adolescentes de 14 a 19 años Caserío de Chica Alta Sector I-Tambogrande.

O: Representa lo que observamos.

III.2. Población y muestra:

Población

La población está constituida por el total 371 de adolescentes de 14 a 19 años que radican en el Caserío de Chica Alta. Información obtenida según datos estadísticos del MINSA.

La muestra: se obtuvo mediante el programa Epi Data 3.1 con un 95% de confianza, quedando conformada por 154 adolescentes de ambos sexos entre los 14 y 19 años que cumplieron con los criterios de inclusión.

Unidad de análisis

Las unidades de análisis fueron cada uno de los jóvenes adolescentes de 14 a 19 años que vivían en el Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande. Para la selección de cada unidad de análisis se realizó primero la selección de sectores y de caseríos, y posteriormente se visitó cada uno de los hogares.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

-Adolescentes hombres y mujeres de 14 a 19 años cumplidos, que viven o residen con permanencia por lo menos un año en el Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande.

-No interesa la condición civil

-Puede o no tener hijos

-Aceptación escrita de participar en el estudio

Exclusión:

-Adolescentes transeúntes

-Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse

-Edad menor a 14 años y mayor de 19 años

-Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado para adolescentes.

Definición operacional de las variables en estudio

Variables principales.

Conocimientos sexuales del adolescente

Dimensión Conocimiento de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva:

Referida a los conocimientos que tiene el adolescente sobre anatomía de los órganos reproductores internos y externos de ambos sexos, ciclo menstrual, fecundación y embarazo.

La Dimensión Conocimiento de la Respuesta Sexual Humana: Es el conocimiento de las fases del ciclo de respuesta sexual y la forma que tiene nuestro cuerpo de reaccionar a la estimulación erótica.

La Dimensión Infecciones de Transmisión Sexual y VIH / SIDA: Referida al conocimiento que tiene el adolescente de los principales síntomas que se presentan en una ITS- VIH/SIDA, y como protegerse de éstas incidiendo en el uso de preservativos y postergación de las relaciones sexuales, así como evitar múltiples parejas sexuales.

Dimensión Métodos Anticonceptivos como alternativa de prevención del

embarazo: Definida como el conocimiento que tiene el adolescente de cualquier dispositivo o medicamento, como por ejemplo preservativo, píldora, dispositivo intrauterino, etc. Utilizado por la pareja para posibilitar el coito sin riesgo de concepción.

2. Actitud Sexual del Adolescente.

Es la forma de respuesta ante las siguientes Dimensiones:

Dimensión de Responsabilidad y prevención del Riesgo Sexual: Entendida así a:

La acción que tiene el adolescente producto de lo que cree, siente y realiza a partir de un conocimiento positivo de la sexualidad.

Dimensión Libertad para decidir y Actuar: Entendida como el sentir del adolescente para saber responder a las circunstancias favorables o adversas relacionadas con su sexualidad y sin presión alguna.

Dimensión Autonomía: Capacidad que tiene el adolescente para darse normas a el mismo, sin influencia de presiones internas ni externas.

Dimensión Respeto Mutuo y Reciprocidad: Está relacionada al respeto mutuo que se deben los adolescentes, respeto a no tener sexo forzado, a no ser agredidos físicamente por su pareja, a no ser tocado por ninguna persona.

Dimensión Sexualidad y Amor: Entendida si las relaciones sexuales del adolescente han sido producto de una unión sentimental, que tipo de relación de pareja llevan.

Dimensión Sexualidad como Algo Positivo: Que hace agradable, nuestras vidas, oportunidad de placer y bienestar, es asumir que, nuestros deseos sexuales son digno motivo de alegría y no una manifestación de pecado o un motivo de castigo.

B. Variables Intervinientes

Características Socio demográficas:

-Estado civil: conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia

-Ocupación: Actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días.

-Lugar de residencia: Sitio donde está situado el domicilio del encuestado.

-Grado de Instrucción: nivel de estudios alcanzados.

-Religión: Tipo de religión que profesa.

-Edad de inicio de la primera relación sexual: edad que se inicia sexualmente.

C. Variables de control

-Sexo: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

-Edad: Tiempo vivido por el adolescente, expresada en 14 a 19 años cumplidos.

III.3 Técnica e Instrumentos de medición.

Técnica

Se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos, siendo el cuestionario y la escala tipo Likert los instrumentos empleados; los cuales fueron diseñados y validados por la Mg. Nelly Solís Villanueva en la Línea de Investigación titulada Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del Perú, de la Escuela Profesional de Obstetricia de la ULADECH Católica.

El proceso de recolección de la información se desarrolló cumpliendo la programación establecida según cronograma de trabajo. Inicialmente se coordinó con el establecimiento de salud y los padres de familia de la comunidad, luego se realizó el reconocimiento de la zona a investigar para finalmente encuestar a los adolescentes seleccionados durante dos semanas, con una duración promedio de 30 minutos por adolescente, no menor de 20 minutos.

Para cumplir con la investigación de manera objetiva y dentro de un marco ético, la recolección de datos se realizó encuestando a los adolescentes que voluntariamente aceptaron participar de la investigación. La aplicación de los formularios se realizó por el investigador. Para iniciar la encuesta se explicó a los adolescentes los objetivos de la investigación y su participación voluntaria en ella (Anexo N° 03) solicitándose previamente su asentimiento (Anexo N° 03). La encuesta se realizó en el domicilio del adolescente seleccionado, sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

En todo momento de la investigación se siguieron los Principios Éticos para la Investigación Médica en seres humanos:

- Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.
- Se informó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

Cuestionario de conocimientos de la sexualidad del adolescente de 14 a 19 años.

Para la medición del nivel de conocimientos sexuales se utilizó el cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por la autora (Anexo 1-A), la escala consta de 35 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas si conoce y no conoce, realizadas de manera agrupada según dimensiones, dicho cuestionario contiene 9 ítems que miden los conocimientos de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva; 8 ítems sobre repuesta sexual ; 9 relacionadas a los conocimientos de prevención de las ITSS/VIH/SIDA, 9 destinados a metodología anticonceptiva como alternativa de prevención del embarazo. Un Si representa un valor de 1 y un No un valor 0. Sumando las respuestas de cada ítem se pueden tener un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 35, considerando. Cuyos rangos fueron establecidos de la siguiente manera:

Conocimiento: Puntaje igual o mayor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

No conoce: Puntaje menor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra

El instrumento para medir los conocimientos en sexualidad ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (Anexo 1-B).

La Prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.65; siendo su confiabilidad moderada (Anexo 1-C).

Test de actitudes sexuales del adolescente de 14 - 19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande.

Para la medición de las actitudes Sexuales del adolescente, se utilizó un test diseñado y validado por la autora; el instrumento que consta de 6 dimensiones: Responsabilidad y prevención del riesgo sexual con 10 ítems, Libertad para decidir y actuar con 6 ítems, Autonomía con 5 ítems, Respeto mutuo y reciprocidad con 9 ítems, Sexualidad y amor con 9 ítems, Sexualidad como algo positivo con 11 ítems; afirmaciones narradas, de la forma, que mejor refleje la opinión del adolescente, y comprende una escala de tipo Likert, considerando 5 alternativas (Anexo 2-A):

1. Completamente en desacuerdo.
2. Bastante en desacuerdo.
3. Opinión intermedia.
4. Bastante de acuerdo.
5. Completamente de acuerdo.

Con un total de 50 preguntas, teniendo un puntaje mínimo de 50 puntos y un puntaje máximo de 250 puntos.

Se tendrá en cuenta los siguientes rangos:

-Favorable: Puntaje igual o mayor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

-Desfavorable: Puntaje menor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

El instrumento para medir las actitudes hacia la sexualidad ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (Anexo 2-B). La Prueba tiene un índice de confiabilidad alpha Crombach igual a 0.88; siendo su confiabilidad alta (Anexo 2-C).

Características socio demográficas y de control

Para la recogida de los datos socio demográfico, se empleó un cuestionario donde se identifica las variables estado civil, religión, ocupación y lugar de residencia, asimismo si tiene enamorado o enamorada, si ha tenido relaciones sexuales, la edad de inicio de actividad sexual y la opción sexual. También se incluye la edad y el sexo del adolescente (Anexo 3).

Baremación del Test.

La puntuación directa de una persona en un test no es directamente interpretable si no la referimos a los contenidos incluidos en el test o al rendimiento de las restantes personas que comparten el grupo normativo. Nosotros centramos en este segundo sentido el tema de la interpretación de una puntuación directa en un cuestionario, para lo cual es necesario tratar el tema de la obtención de baremos para comparar esta puntuación con las que obtienen las personas que han formado el grupo normativo. De una u otra forma, los baremos consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la persona que la obtiene) en relación con los que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas. Entre las múltiples formas de baremar un test, destacamos las siguientes:

-Baremos cronológicos: Edad Mental y Cociente Intelectual.

-Centiles o Percentiles.

-Puntuaciones típicas: estándares y normalizadas.

Lo más usual en las pruebas es realizar baremos en escala de Centiles o Percentiles. En el presente trabajo de investigación por estudios anteriores (según Taller de Titulación I), los puntajes para medir el nivel de conocimientos y actitud sexual en cada una de sus dimensiones se realizaron a través de la baremación estadística; siendo los siguientes:

Nivel de conocimiento:

-Conoce: 28 – 35.

-No conoce: 0 – 27

Nivel de conocimiento por dimensiones:

Anatomía y fisiología, sexual y reproductiva del adolescente.

-Conoce: 8 – 9.

-No conoce: 0 – 7

Ciclo de Respuesta Sexual.

-Conoce: 8 – 9.

-No conoce: 0 – 7

Prevención de enfermedades de Transmisión Sexual – VIH/SIDA.

-Conoce: 8 – 9.

-No conoce: 0 – 7

Métodos Anticonceptivos como Alternativa de Prevención del Embarazo.

-Conoce: 8 – 9.

-No conoce: 0 – 7

ACTITUDES:

-Favorable: 151 – 250.

-Desfavorable: 0 – 150.

Actitud según dimensiones:

Responsabilidad y Prevención del Riesgo Sexual.

-Favorable: 29 – 50.

-Desfavorable: 0 – 28.

Libertad para Decidir y Actuar.

-Favorable: 16 – 30.

-Desfavorable: 0 – 15.

Autonomía.

-Favorable: 20 – 25.

-Desfavorable: 0 – 19.

Respeto Mutuo y Reciprocidad.

-Favorable: 28 – 45.

-Desfavorable: 0 – 27.

Sexualidad y Amor.

-Favorable: 31 – 45.

-Desfavorable: 0 – 30.

Sexualidad como Algo Positivo.

-Favorable: 38 – 55.

-Desfavorable: 0 – 37.

Validez y Confiabilidad:

Por estudios anteriores (Taller de Titulación I) los instrumentos para medir el nivel de conocimiento y actitud sexual fue validado y confiable mediante el programa estadístico SPSS versión 15 a través del Alfa de Cronbach

CONOCIMIENTO

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,862	35

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Conoce los genitales externos de mujer.	18,719	48,877	,514	,855
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo.	18,638	48,968	,522	,855
El embarazo comienza con la fecundación.	18,675	49,201	,473	,856
En el embarazo se dan las modificaciones anatómicas y fisiológicas.	18,730	49,319	,446	,856

Conoce los genitales externos del varón.	18,659	48,861	,532	,855
Conoce la denominación del extremo final del pene.	18,801	49,632	,393	,858
Las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.	18,743	49,854	,364	,858
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	18,903	51,422	,143	,863
El sexo es natural y necesita ser aprendido.	18,751	50,277	,303	,860
Conoce las fases de la respuesta sexual humana.	18,746	49,220	,458	,856
La VSR tiene como elemento, la autoafirmación personal.	18,761	49,680	,390	,858
La VSR implica tener conocimientos de ITS/ VIH/SIDA.	18,662	48,710	,555	,854
La VSR implica actitudes y valores.	18,651	49,018	,511	,855
Manifestaciones de Madurez sexual: menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto.	18,707	48,976	,501	,855
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.	18,724	50,396	,289	,860
Comportamiento no coital abarca besos, abrazos, caricias y masturbación.	18,759	50,308	,298	,860
La persona es quien controla su comportamiento sexual.	18,655	48,851	,536	,854
El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida.	18,616	49,133	,508	,855
Conoce las 3 vías de contagio del VIH/SIDA.	18,631	49,002	,522	,855
Un hombre puede infectarse con VIH si tiene coito con una sola mujer.	18,877	52,572	-,020	,867
El usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA.	18,761	50,269	,304	,860

El SIDA se contagia por abrazos, besos y contacto con persona infectada.	18,887	53,514	-,151	,870
Las ITS se transmiten a través de la relación coital.	18,752	49,650	,395	,858
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas de ITS.	18,752	49,580	,405	,857
Conoce y nombra las enfermedades de transmisión sexual.	18,823	50,235	,309	,860
El uso del preservativo es 100% seguro en la prevención de ITS.	18,838	51,581	,118	,864
Una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.	18,726	49,440	,429	,857
Los MAC pueden ser naturales y artificiales.	18,779	49,866	,362	,858
Sabe que píldoras, inyectables, DIU, son métodos anticonceptivos.	18,741	49,384	,435	,857
Para aplicarse la T de Cu la joven debe ir al médico u obstetra	18,705	49,377	,442	,857
La abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	18,799	50,354	,291	,860
Utilizar el preservativo es un método de Planificación Familiar.	18,789	50,861	,219	,862
Los MAC de barrera son: los preservativos, el diafragma y espermicidas.	18,805	49,582	,403	,857
Los métodos hormonales son: la píldora, inyectable, norplant.	18,804	50,336	,294	,860
Los MAC para los adolescentes son: el preservativo, diafragma, píldoras, inyectables, DIU.	18,739	50,408	,244	,862

ACTITUDES

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,960	50

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
a1	165,37	1790,490	,545	,959
a2	165,52	1801,534	,488	,960
a3	165,25	1792,052	,534	,959
a4	165,30	1790,447	,539	,959
a5	165,60	1783,721	,518	,959
a6	165,85	1797,294	,424	,960
a7	165,55	1786,780	,524	,959
a8	165,27	1775,221	,630	,959
a9	165,44	1781,219	,575	,959
a10	165,19	1771,155	,650	,959
a11	165,21	1785,567	,567	,959
a12	165,98	1808,874	,352	,960
a13	165,21	1774,752	,649	,959
a14	165,53	1791,197	,507	,960
a15	165,56	1797,354	,427	,960
a16	166,89	1846,020	,071	,961
a17	165,26	1775,684	,606	,959

a18	165,54	1799,799	,403	,960
a19	165,63	1796,735	,489	,960
a20	165,25	1775,437	,631	,959
a21	165,06	1770,587	,682	,959
a22	165,79	1792,647	,467	,960
a23	165,62	1784,199	,531	,959
a24	165,61	1778,229	,598	,959
a25	165,43	1780,947	,593	,959
a26	165,44	1774,350	,535	,959
a27	165,54	1779,656	,584	,959
a28	165,63	1786,763	,539	,959
a29	165,59	1781,713	,594	,959
a30	165,62	1792,065	,480	,960
a31	165,21	1779,822	,596	,959
a32	166,20	1814,508	,336	,960
a33	165,71	1794,017	,471	,960
a34	165,42	1777,128	,631	,959
a35	165,54	1782,095	,552	,959
a36	165,40	1771,447	,674	,959
a37	165,29	1765,917	,697	,959
a38	165,72	1788,741	,542	,959
a39	166,29	1822,780	,263	,960
a40	165,50	1772,251	,606	,959
a41	165,39	1773,259	,647	,959
a42	165,28	1762,868	,721	,959
a43	165,22	1760,276	,741	,959
a44	165,23	1759,551	,737	,959
a45	165,23	1759,441	,742	,959
a46	165,44	1767,313	,684	,959
a47	165,41	1766,688	,687	,959
a48	165,33	1764,542	,709	,959
a49	165,73	1783,462	,562	,959
a50	165,55	1780,162	,567	,959

Procedimiento y Plan de Análisis.

El proceso de ejecución de la investigación se llevó a cabo cumpliendo la programación establecida según cronograma de trabajo, se trató de cumplir los tiempos especificados, para tal efecto Inicialmente se realizó coordinaciones con los líderes comunales del de 14 - 19 años Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, posteriormente se visitara y se realizó el reconocimiento de la zona a investigar, Se programó la aplicación del cuestionario durante dos semanas, con una duración promedio de 30 minutos.

Para cumplir con la investigación de manera objetiva y dentro de un marco ético, el día de aplicación de la encuesta se les invito a participar en forma voluntaria a los adolescentes identificados casa por casa, a quien se le explico en forma breve y concisa el objetivo del estudio y desarrollo del cuestionario de conocimientos y actitudes sexuales; para luego despejar cualquier duda que tuvieran éste durante la aplicación de la encuesta. La entrevista se hizo personalizada cara a cara, manteniendo una total privacidad y confidencialidad, luego de la recolección de la información se pasó a realizar el llenado de la base de datos computarizada, mediante la utilización del programa "EXCEL", previa codificación de cada uno de los ítems del trabajo de investigación. Para el análisis y la presentación de las tablas y figuras se utilizó el programa estadístico SPSS V 17.

Los resultados se presentaran en 5 grandes áreas, la primera relacionada a la descripción del nivel de conocimiento sobre sexualidad en general de los adolescentes, la segunda referida a la descripción del nivel de conocimiento en las cuatro dimensiones en estudio, la tercera dirigida a la identificación de las actitudes hacia la sexualidad en forma general pudiendo ser favorables y/o desfavorables en el

adolescente la cuarta encaminada a identificar actitudes hacia la sexualidad según dimensiones de responsabilidad y prevención del riesgo sexual, Libertad para decidir y actuar, Autonomía, respeto mutuo y reciprocidad, Sexualidad y amor, Sexualidad como algo positivo.

Finalmente se consideró una quinta área en donde se enfatiza la vivencia sexual del adolescente a partir de las variables edad de inicio de actividad sexual y enamoramiento.

Plan de análisis

Los datos obtenidos serán codificados y luego serán ingresados en una hoja de cálculo del programa Open Office Calc.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Sciences) Versión 17 con el cual se obtendrá la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivos gráfico.

Principios éticos de la investigación: Se solicitó la autorización de los padres, de dicho caserío para llevar a cabo la investigación, para la aplicación del instrumento de investigación a los usuarios. Previa recolección de datos, se solicitó el consentimiento informado a los adolescentes que acepten participar en el estudio asegurando confidencialidad y anonimato.

IV. RESULTADOS Y GRAFICOS

IV.1. Resultados

TABLA N° 01

Conocimiento Global sobre Sexualidad de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.

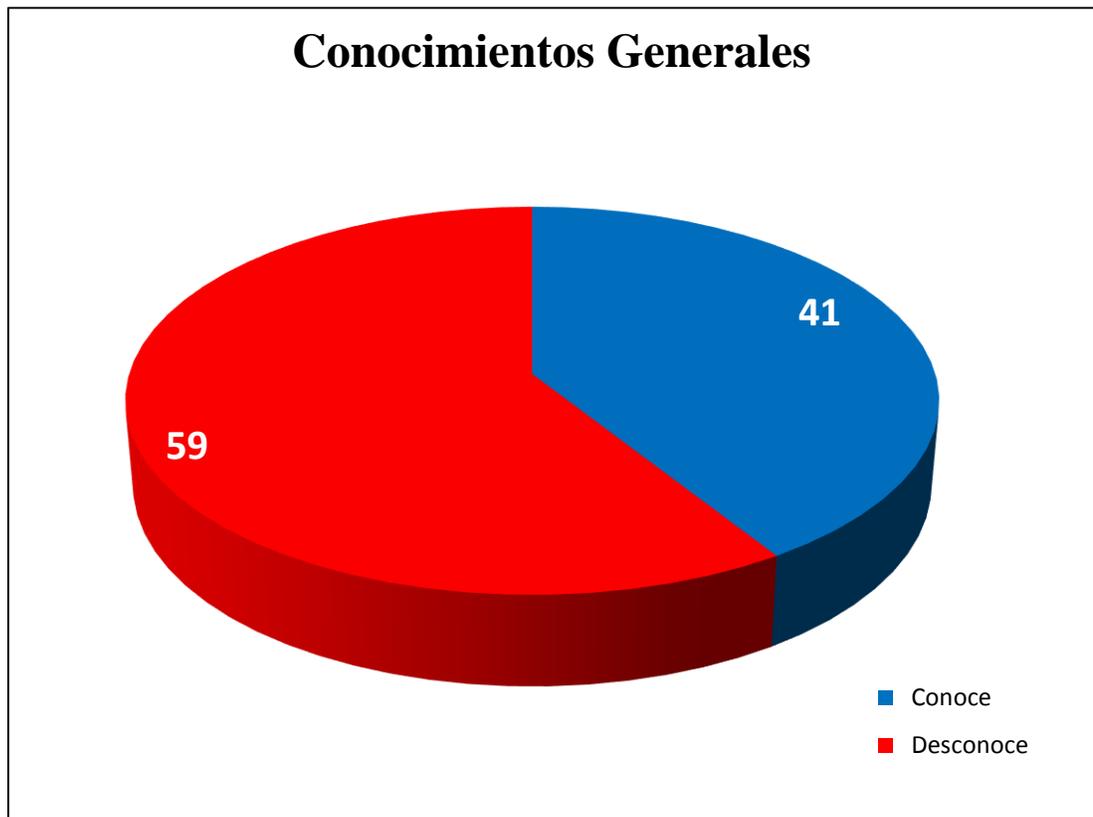
Conocimientos Generales	N°	%
Conoce	63	41
Desconoce	91	59
Total	154	100

Fuente: Encuesta aplicada en el mes de Octubre del 2013.

La **Tabla 01** muestra que un 59% desconoce de manera global los conceptos de la sexualidad explorados.

GRÁFICO 01

Distribución Porcentual del Conocimiento Global sobre Sexualidad de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío Chica Alta Sector I - Distrito de Tambogrande, durante el periodo 2013-2015.



Fuente: tabla N| 01

TABLA N° 02

Conocimientos Sexuales según Dimensiones de la Sexualidad de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013- 2015.

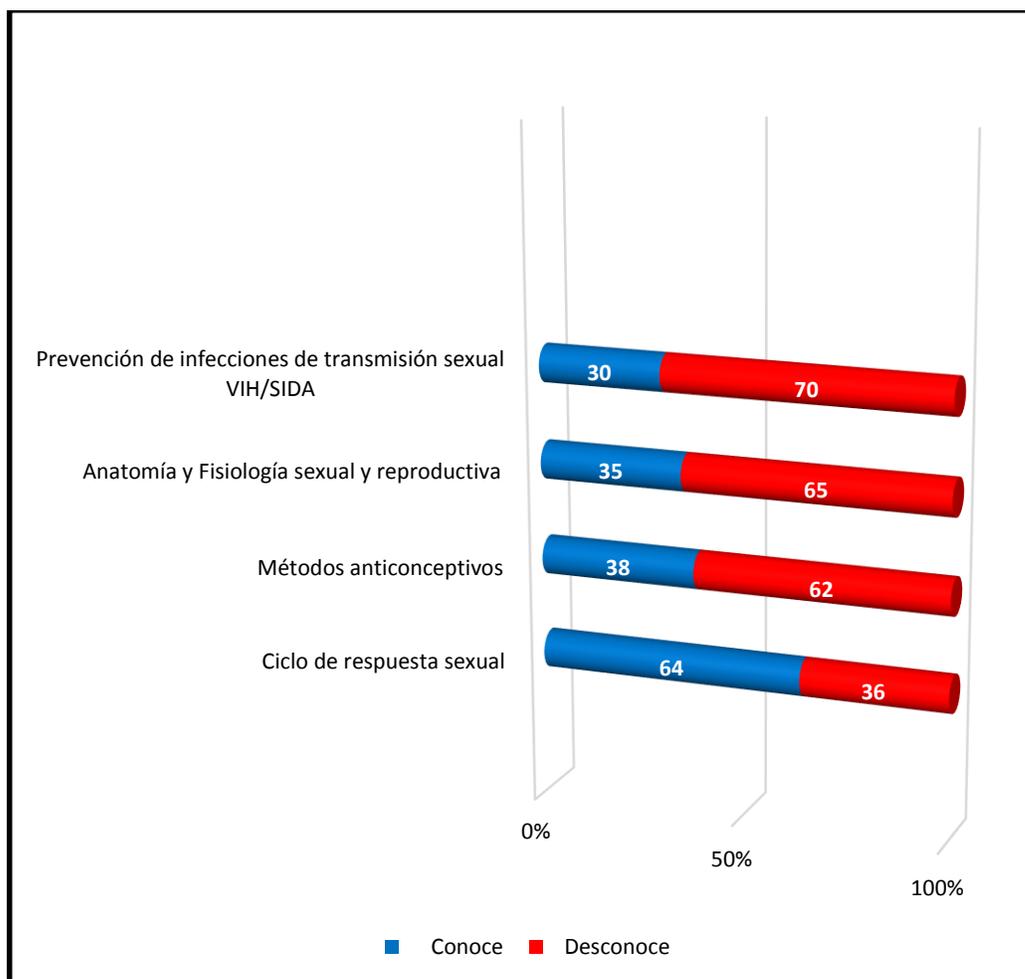
Dimensiones	Conoce		Desconoce		TOTAL
	N°	%	N°	%	%
Ciclo de respuesta sexual	99	64	55	36	100%
Métodos anticonceptivos	59	38	95	62	100%
Anatomía y Fisiología sexual y reproductiva	54	35	100	65	100%
Prevención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA	46	30	108	70	100%

Fuente: Encuesta aplicadas en el mes de Octubre 2013.

La **Tabla N° 02** muestra que la mayoría de adolescentes desconocen tres de las dimensiones exploradas, es decir desconocen los principales tópicos de prevención de ITS–VIH/SIDA (70%), anatomía y fisiología sexual y reproductiva (65%) y métodos anticonceptivos como prevención del embarazo (62%). Sin embargo conocen la dimensión de Ciclo de respuesta sexual (64%).

GRÁFICO 02

Distribución Porcentual del Conocimiento Según Indicadores de la Dimensiones Sexuales de los Adolescentes de 14 a 19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.



Fuente: Tabla N° 2

TABLA 03

Conocimiento Según Indicadores de la Dimensión Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.

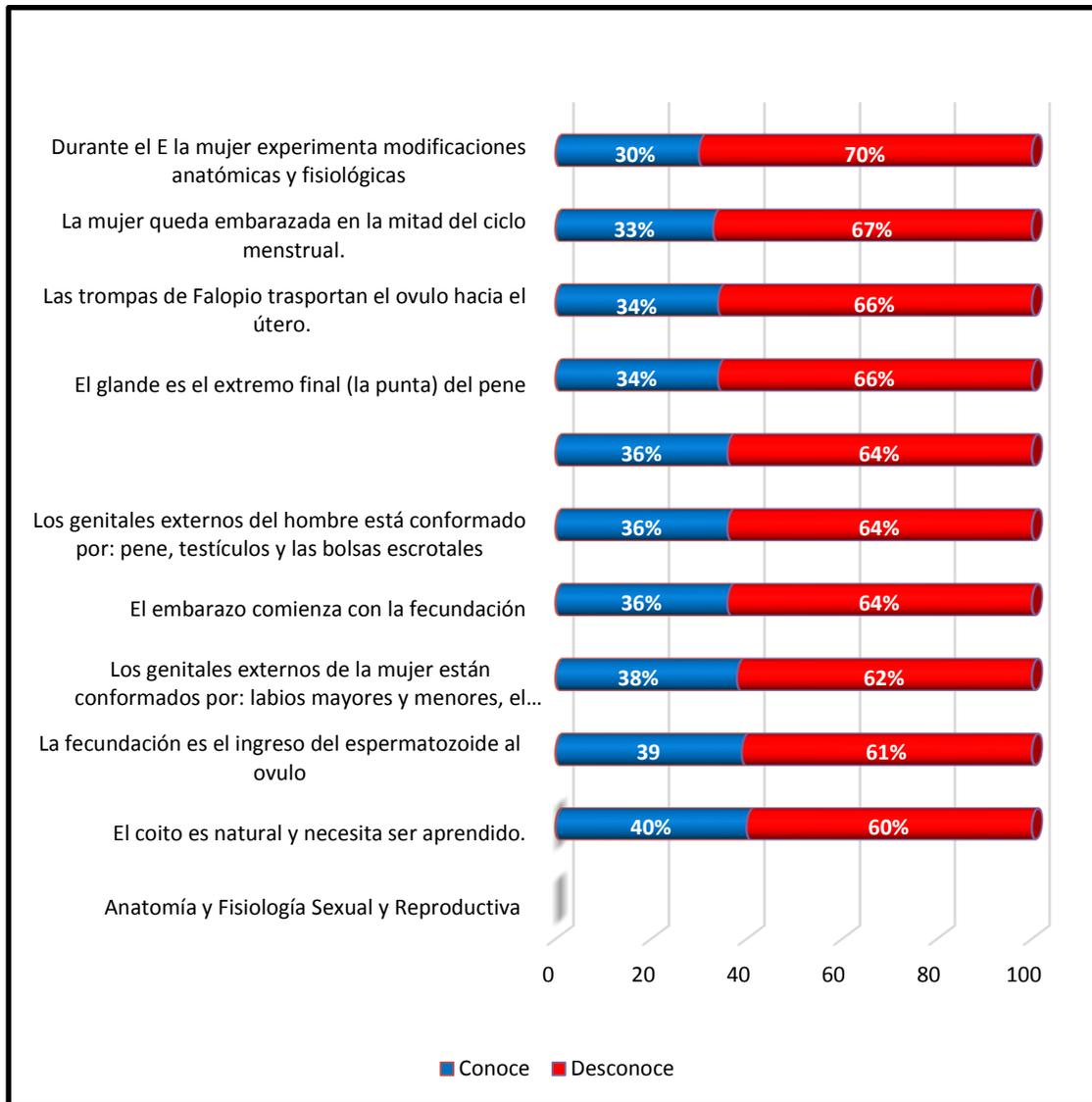
	Conoce		Desconoce	
	Nº	%	Nº	%
Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva				
El coito es natural y necesita ser aprendido.	61	40	93	60
La fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo	60	39	94	61
Los genitales externos de la mujer están conformados por: labios mayores y menores, el clítoris, orificio d la uretra y abertura de la vagina	58	38	96	62
El embarazo comienza con la fecundación	55	36	99	64
Los genitales externos del hombre está conformado por: pene, testículos y las bolsas escrotales	55	36	99	64
El glande es el extremo final (la punta) del pene	53	34	101	66
Las trompas de Falopio trasportan el ovulo hacia el útero.	52	34	102	66
La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual.	51	33	103	67
Durante el E la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas	46	30	108	70

Fuente: Encuesta aplicadas en el mes de Octubre 2013

La Tabla 03 muestra los resultados desfavorables obtenidos por los adolescentes para la dimensión de anatomía y fisiología sexual y reproductiva. Respecto al Embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas muestra un 70% de desconocimiento, La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual 67% desconoce, Las trompas de Falopio transportan el ovulo hacia el útero y el glande es el extremo final (la punta) del pene 66% de adolescentes desconocen, el 64% desconoce las dimensiones de Los genitales externos del hombre está conformado por: pene, testículos y las bolsas escrotales y El embarazo comienza con la fecundación. Respecto a la anatomía, el 62% de participantes desconocen los genitales externos de la mujer y el 61% respondió negativamente sobre la fecundación es el ingreso del espermatozoide al ovulo, finalmente el 60% desconoce que el sexo es natural y necesita ser aprendido.

GRÁFICO 03

Distribución Porcentual Según Indicadores de la Dimensión de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.



Fuente: Tabla n°03

TABLA N° 04

Conocimiento Según Indicadores de la Dimensión sobre Respuesta Sexual de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.

Ciclo de Respuesta Sexual Humana	Conoce		No conoce	
	N°	%	N°	%
Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes para vivencia de la sexualidad	128	83	26	17
Es la persona quien controla su propio comportamiento sexual.	128	83	26	17
Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ETS y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar.	120	79	34	23
El comportamiento sexual no coital abarca los: besos abrazos caricias, masturbación	103	67	51	33
Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación	98	64	56	36
Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad	88	57	66	43
La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento la autoafirmación personal.	81	53	73	47
Las fases en la respuesta sexual son: excitación, meseta, orgasmo, y resolución.	48	31	106	69

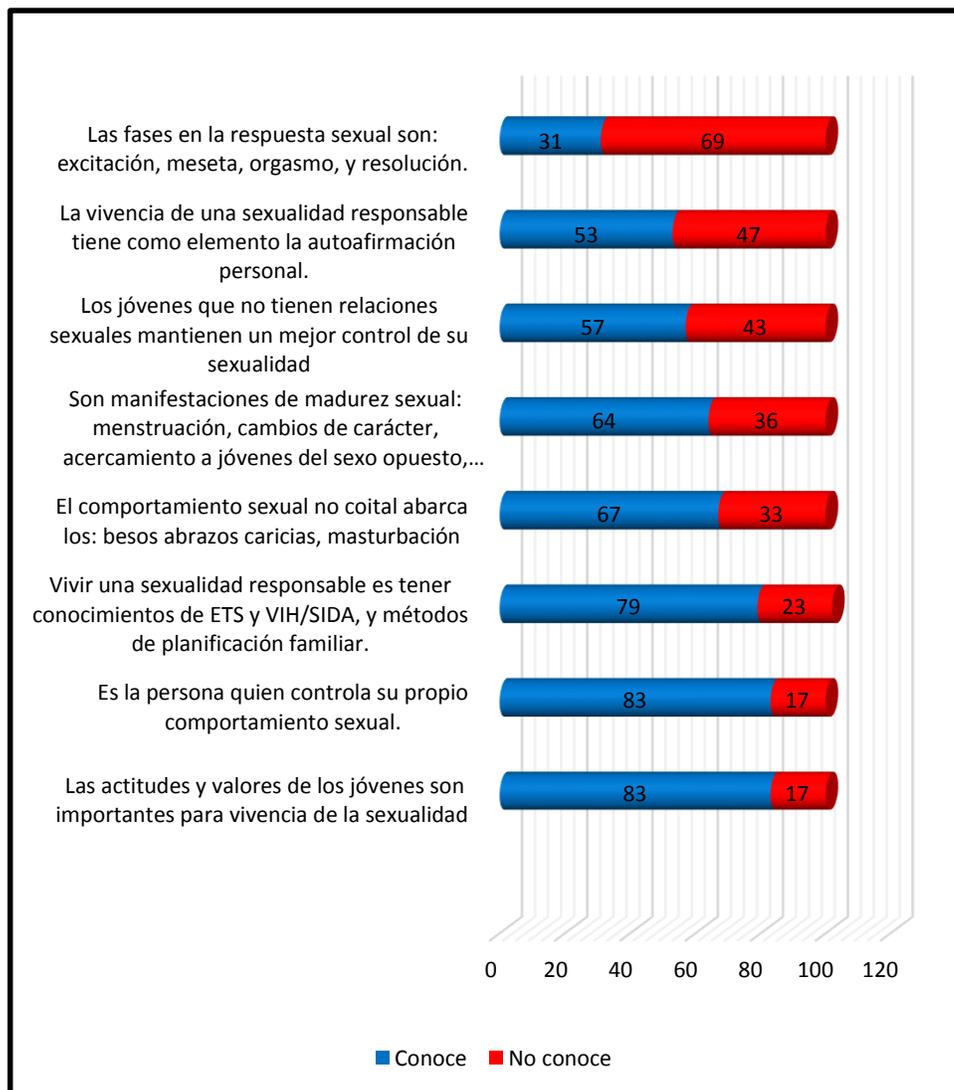
Fuente: Encuesta aplicadas en el mes de Octubre 2013

La Tabla 05 muestra el conocimiento que tienen los adolescentes de los principales tópicos del ciclo de respuesta sexual, donde 83% de los entrevistados conocen las actitudes y valores de los jóvenes son importantes para vivencia de la sexualidad. Respecto a Es la persona quien controla su propio comportamiento sexual un 83% respondió que conocen, en relación a la vivencia de una sexualidad responsable (VSR), el 79% reconoce que la VSR tiene como elemento la autoafirmación personal y que implica tener conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA, mientras que 67% identificó los besos, abrazos, caricias y masturbación como comportamiento no coital. El 64% de adolescentes reconoce la menstruación, masturbación y acercamiento a jóvenes del sexo opuesto como manifestaciones de madurez sexual, el 57% concuerda con las afirmación los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad y la persona es quién controla su comportamiento sexual. Finalmente el 53% de adolescentes también reconoció La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento la autoafirmación personal.

En relación a las fases en la respuesta sexual son: excitación, meseta, orgasmo, y resolución un 69% desconoce.

GRÁFICO 04

Distribución Porcentual Según ítems-de la Dimensión de Respuesta Sexual de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.



Fuente: tabla N° 04

TABLA N° 05

Conocimiento Según ítems de la Dimensión Prevención de ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2012-2013.

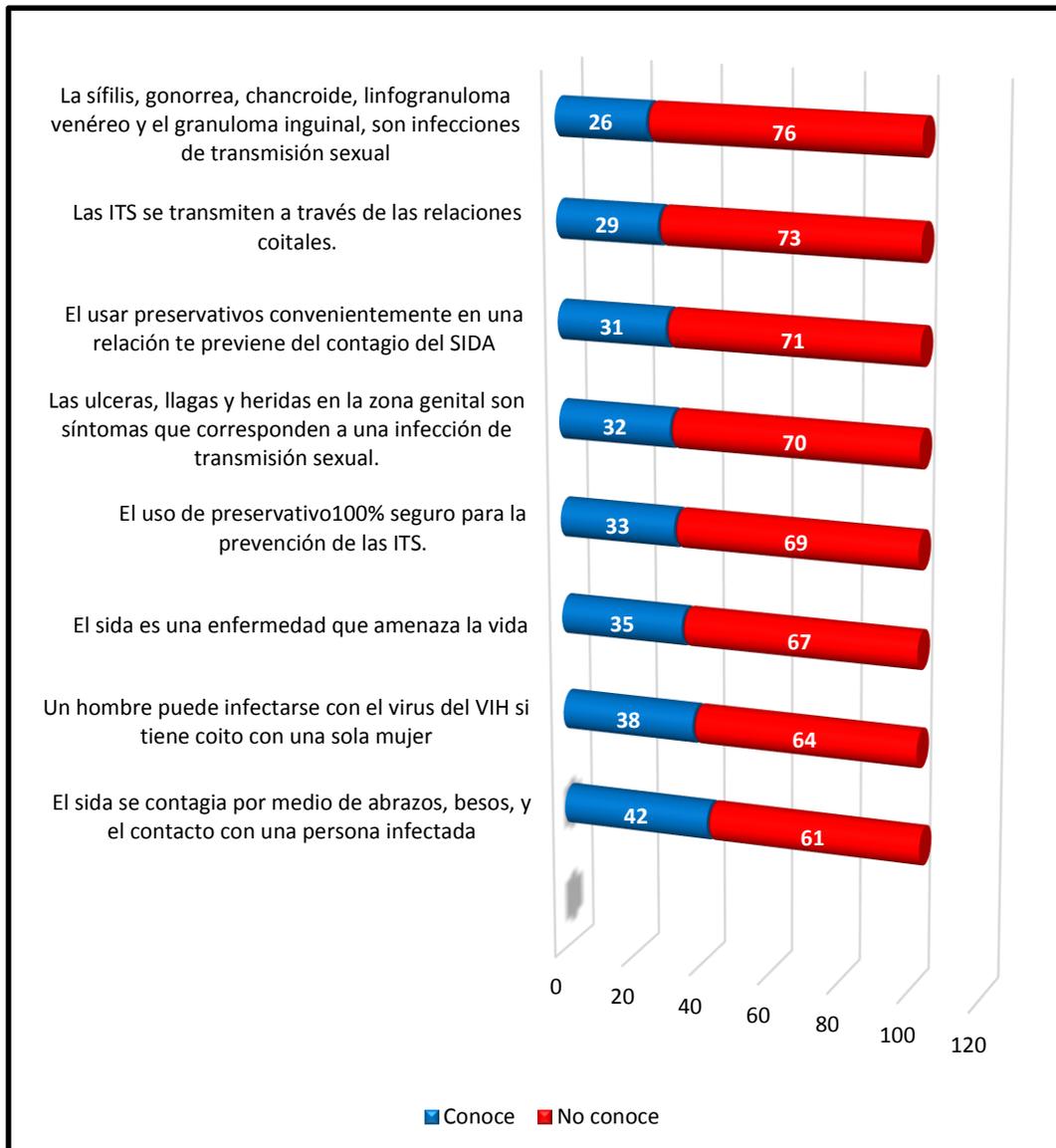
Prevención de ITS-VIH/SIDA	Conoce		No conoce	
	N°	N°	N°	N°
	%	%	%	%
El sida se contagia por medio de abrazos, besos, y el contacto con una persona infectada	60	42	94	61
Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer	55	38	99	64
El sida es una enfermedad que amenaza la vida	51	35	103	67
El uso de preservativo 100% seguro para la prevención de las ITS.	48	33	106	69
Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.	46	32	108	70
El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA	45	31	109	71
Las ITS se transmiten a través de las relaciones coitales.	42	29	112	73
La sífilis, gonorrea, chancroide, linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, son infecciones de transmisión sexual	37	26	117	76

Fuente: Encuesta aplicadas en el mes de Octubre 2013.

La Tabla 06 La muestra el desconocimiento sobre el VIH/SIDA y las ITS, donde el 76% de adolescentes desconocen las principales enfermedades de transmisión sexual, identificando tales como La sífilis, gonorrea, chancroide, linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, dándose un 73% que desconocen sobre Las ITS se transmiten a través de las relaciones coitales y 71% sabe que usar preservativos convenientemente en una relación previene el SIDA. Un 70% también desconoce las principales ITS tales como Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual, 69% de adolescentes desconoce que el preservativo no es 100% seguro en la prevención de las ITS. Con relación al SIDA un 67% desconoce que es una enfermedad mortal, seguidamente un 64% desconoce que un hombre no se infectará con VIH si tiene coito con una sola mujer y 54% desconoce que el VIH no se transmite por abrazos, besos y contacto con una persona infectada.

GRÁFICO 05

Distribución Porcentual Según ítems de la Dimensión de Prevención de ITS-VIH/SIDA de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío Chica Alta Sector I - Distrito de Tambogrande, durante el periodo 2013-2015



Fuente: Tabla N° 05

TABLA N° 06

Conocimiento Según Indicadores de la Dimensión Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.

Métodos Anticonceptivos como Prevención del Embarazo	Conoce		No conoce	
	N°	%	N°	%
Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra.	104	69	50	33
El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.	68	45	85	55
Los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente son: el preservativo, el diafragma, las píldoras, los inyectables, el DIU.	66	44	88	57
Los métodos hormonales son: la píldora, los inyectables y el norplant	61	41	93	60
El preservativo es un método de planificación familiar.	58	39	96	62
En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada	52	34	102	66
Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales.	46	31	108	70
La píldora, inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos.	39	26	115	75
Los métodos de barrera son: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas y los espermicidas.	36	24	118	77

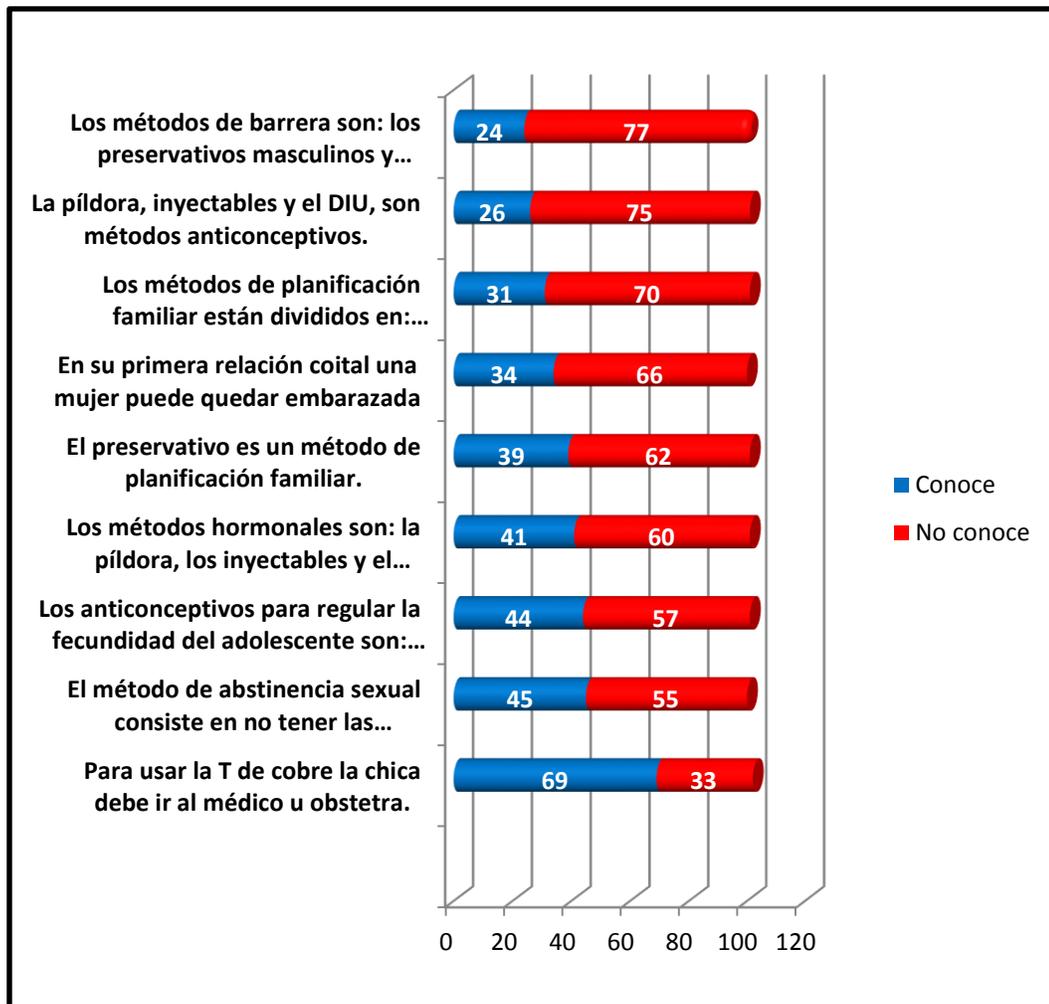
Fuente: Encuesta aplicadas en el mes de Octubre 2013.

La Tabla 07 muestra el desconocimiento que tienen los adolescentes sobre la dimensión métodos anticonceptivos como forma de prevención del embarazo, donde un 77% de encuestados respondió negativamente acerca Los métodos de barrera, un 75% desconoce también La píldora, inyectables y el DIU, como métodos anticonceptivos, con un 70% desconocen Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales. Por otro lado un 66% de encuestados respondió negativamente sobre que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual. Así mismo, el 62% de adolescentes desconoce el preservativo como método anticonceptivo, con 60% desconocen sobre Los métodos hormonales. En relación a Los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente son: el preservativo, el diafragma, las píldoras, los inyectables, el DIU 57% desconoce y por ultimo un 55% desconoce sobre el método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.

Por otro lado un 69% de adolescentes conocen que Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra.

GRÁFICO 06

Distribución porcentual Según Indicadores de la Dimensión de conocimiento sobre métodos anticonceptivos como prevención del embarazo de los adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.



Fuente: tabla N° 06

TABLA N° 07

Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.

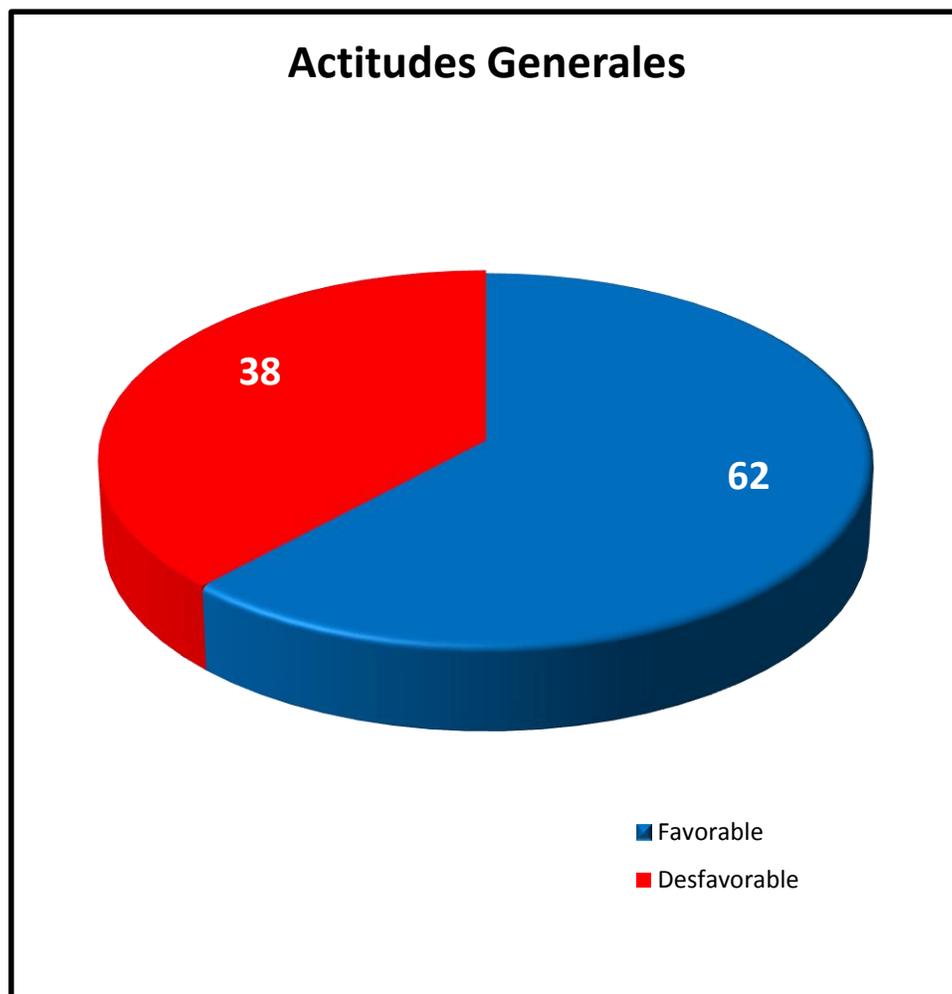
Actitudes Generales	N°	%
Favorable	95	62
Desfavorable	59	38

Fuente: Encuesta aplicadas en el mes de Octubre 2013.

La Tabla 08 muestra que el 62% de adolescentes presentan una actitud global favorable hacia sexualidad y un 38% muestra una actitud desfavorable.

GRÁFICO 07

Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales en General de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.



Fuente: tabla N° 07

TABLA N° 08

Actitudes Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío de Chica Alta Sector I- Distrito de Tambogrande, Durante el Período 2013-2015.

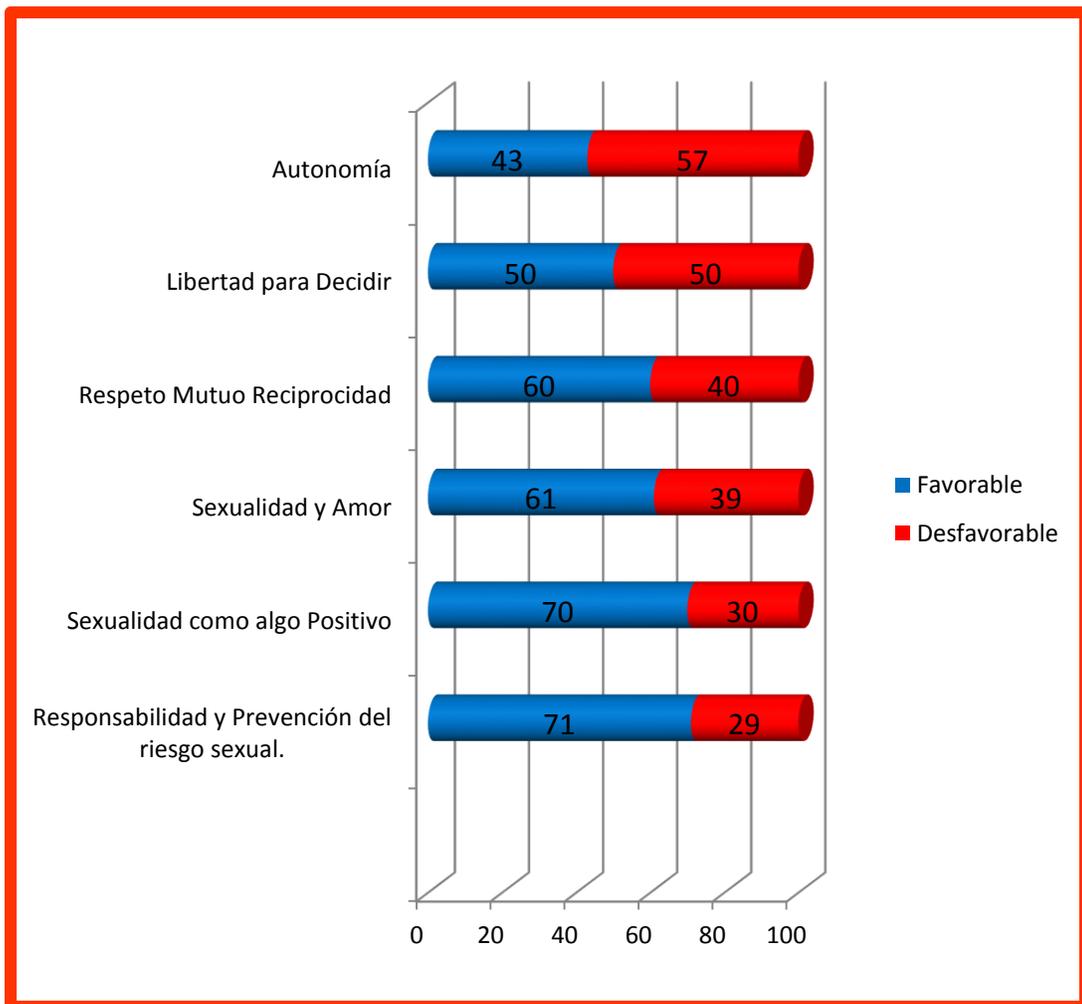
DIMENSIONES	Favorable		Desfavorable	
	Nº	%	Nº	%
Responsabilidad y Prevención del riesgo sexual.	109	71	45	29
Sexualidad como algo Positivo	108	70	46	30
Sexualidad y Amor	94	61	60	39
Respeto Mutuo Reciprocidad	92	60	62	40
Libertad para Decidir	77	50	77	50
Autonomía	66	43	88	57

Fuente: Encuesta aplicadas en el mes de Octubre 2013.

La Tabla 09 muestra porque estos adolescentes muestran una actitud sexual global favorable, ya que en cinco de las dimensiones se encontró actitudes que favorecen la vivencia de una sexualidad responsable y gratificante en estos jóvenes. Donde el 71% presenta actitudes responsables y de prevención de riesgo sexual, 70% muestra actitudes favorables hacia la experiencia de la sexualidad como algo positivo en su vida. 61% hacia la vivencia de una sexualidad ligada al amor respondió favorablemente. Respecto a las actitudes con la pareja el 60% muestra actitudes de respeto mutuo y reciprocidad en una relación sentimental, y por último con 50 % encontramos a la dimensión de Libertad para Decidir. Finalmente autonomía muestra actitudes desfavorables con 57%.

GRÁFICO 08

Distribución Porcentual de las Actitudes Sexuales por Dimensión de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío Chica Alta Sector I - Distrito de Tambogrande, durante el periodo 2012-2013.



Fuente: tabla N°08

TABLA N° 09

Características Socio-Demográficas y Sexuales de los Adolescentes de 14 a 19 años del Caserío Chica Alta Sector I - Distrito de Tambogrande, durante el periodo 2013-2015.

CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS	TOTAL	TOTAL
	Nº	%
EDAD		
Adolescencia media (14 – 16 años)	86	56
Adolescencia tardía (17 – 19 años)	68	44
SEXO		
Masculino	71	46
Femenino	83	54
ESTADO CIVIL		
Soltero (a)	136	89
Casado (a)	2	1
Conviviente (a)	16	10
RELIGIÓN		
Católico (a)	111	72
Otras	34	22
No creyentes	9	6
OCUPACIÓN		
Estudia	78	51
Trabaja	32	20
Estudia y Trabaja	35	23
No trabaja/no estudia	2	1
Ama de casa	7	5

Fuente: Encuesta aplicadas en el mes de Octubre 2013.

La Tabla 09 muestra las características socio-demográficas de los adolescentes Entrevistados, observándose la mayor concentración de participantes entre las Edades de 14-16 años (56%), siendo la Mayoría mujeres (54%), solteros (89%), católicos (51%) y estudiantes (30%).

TABLA 10

Principales Prácticas Sexuales de los Adolescentes de 14-19 años del Caserío Chica Alta Sector I - Distrito de Tambogrande, durante el periodo 2013-2015.

PRINCIPALES PRACTICAS SEXUALES	TOTAL	TOTAL
	Nº	%
ENAMORADO		
Si tiene enamorado (a)	93	80
No tiene enamorado (a)	61	20
RELACIONES COITALES		
Si	57	30
No	97	69
EDAD DE INICIO DE RELACIONES COITALES		
10-12a	4	2
13 - 16	36	19
17 - 19	17	10
OPCION SEXUAL		
Heterosexual	152	97
Homosexual	2	3

Fuente: Encuesta aplicadas en el mes de Octubre 2013.

TABLA 10: Respecto a las características sexuales, el 80% de adolescentes refirió Tener enamorado/a actualmente, el 30% manifestó haber iniciado las relaciones Coitales, de los cuales el 19% lo hizo en la adolescencia media (13-16 años).

Finalmente, el 97% de encuestados se considera heterosexual.

4.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

La sexualidad como elemento primordial en la vida de las personas necesita ser experimentada de manera libre y placentera, vinculando al ser humano consigo mismo y con los demás. Esta se va construyendo a lo largo de la vida mediante un proceso de socialización constante que involucra pensamientos, emociones, sentimientos y comportamientos. Dos elementos importantes para el disfrute de una sexualidad responsable lo constituyen el conocimiento y la actitud sexual. Los cuales se van formando desde la niñez alcanzando su excelencia definitiva durante la adolescencia y/o juventud; ambos son elementos determinantes del comportamiento sexual.

Por tal motivo, los resultados sobre el conocimiento sexual obtenidos en la presente investigación son nada alentadores ya que del total de adolescentes encuestados, el 59% desconoce de manera general sobre la sexualidad. A diferencia del estudio que realizó **Guimará R, Guimará M, Guimará y Col. Holguín. Cuba 2010(15)**: Se evidenció que un 50% no tenían conocimientos, un 30% tenían pocos conocimientos. Comparando resultados de investigaciones locales encontramos una gran diferencia con **Matienzo D, Solís A, Chimbote2012 (22)**, quien determinó que del total de adolescentes, El 80% desconocen de manera global sobre sexualidad

Del mismo modo, la mayoría de estos adolescentes desconocen tres de las dimensiones exploradas, es decir desconocen los principales tópicos de prevención de ITS–VIH/ SIDA (70%), anatomía y fisiología sexual y reproductiva (65%) y métodos anticonceptivos como prevención del embarazo (62%). Sin embargo, llama la atención el conocimiento del 64% de adolescentes sobre la dimensión de Ciclo de respuesta sexual (64%). Comparando con un estudio internacional encontramos una gran diferencia **Arrieta J,**

Ramos E, Murillo M, Mercado K, Silgado O, Velásquez Villadiego V. Colombia 2010 (10): en su estudio acerca de la Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. 2010, encontró los siguientes resultados: Sobre los métodos de planificación familiar (MPF), el 89,5% conoce al menos uno de ellos. El condón es el más conocido con el 80,6%, pero sólo el 14,4% lo utiliza. En segundo lugar se encuentra el método del ritmo con 33,5% de conocimiento y 6,1% de utilización. A semejanza de la investigación de **Dioses J. Sullana 2010 (25)**, quien reportó que los Adolescentes de 15 a 19 años del Asentamiento Humano “9 de Octubre” del Distrito de Sullana”, observando que el 92.5% de adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento bajo sobre, Metodología Anticonceptiva como prevención del embarazo (98%) seguida de Anatomía y Fisiología Sexual y Reproductiva (88%), Ciclo de Respuesta Sexual (82%) y finalmente Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA con el 72%.

En la actualidad, existen espacios comunitarios donde la familia juega un rol importante en la educación sexual, manteniendo un diálogo abierto y franco con los jóvenes. Así mismo, la participación cada vez más activa de las escuelas y los servicios de salud ha conllevado a una información cada vez más clara sobre temas pocos abordados en el hogar. Sin embargo, algunos temas han sido priorizados por la coyuntura del sistema de salud, dejando de lado otros temas también relevantes para la salud sexual y reproductiva.

Es reconocido que la búsqueda de información en materia de sexualidad se hace sobre las necesidades que la nuevas experiencias generan en el adolescente, siendo la adolescencia el momento de mayores cambios físicos es entendible que los jóvenes indaguen y conozcan sobre su anatomía y fisiología sexual así como sobre los cambios fisiológicos que se producen como resultado del deseo y la excitación sexual. En este caso, la mayoría

de adolescentes desconocen los principales tópicos explorados sobre su anatomía y fisiología destacando los siguientes ítems: Embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas muestra un 70% de desconocimiento, La mujer queda embarazada en la mitad del ciclo menstrual 67% desconoce, Las trompas de Falopio transportan el ovulo hacia el útero y el glande es el extremo final (la punta) del pene 66% de adolescentes desconocen, el 64% desconoce las dimensiones de Los genitales externos del hombre está conformado por: pene, testículos y las bolsas escrotales y El embarazo comienza con la fecundación. Resultados similares fueron reportados por **Castillo J, Talara 2014 (24)** en su investigación , donde los adolescentes encuestados mostraron tener un desconocimiento de la dimensión anatomía y fisiología sexual tiene sus raíces en el 81.18% de adolescentes no tienen claro la conformación de los genitales externos masculinos, , 71.76% no saben que el embarazo es un acontecimiento que da inicio con la fecundación, por otro lado el 58.24%, de los adolescentes les resulta difícil conocer que una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual lo cual nos lleva a deducir las causas probables de riesgo a embarazo no deseado y abortos provocados, asimismo no consideran al sexo como una conducta natural (54.12%); y por otro lado desconocen que las trompas de Falopio transportan el óvulo hacia el útero.

En tal sentido, otro elemento importante para el disfrute de la sexualidad de manera efectiva lo constituye el conocimiento del ciclo de respuesta sexual humana, como elemento básico para el entendimiento y control del impulso sexual. Los adolescentes encuestados mostraron conocer los principales ítems del ciclo de respuesta sexual, donde 83% de los entrevistados conocen las actitudes y valores de los jóvenes son importantes para vivencia de la sexualidad. Respecto a Es la persona quien controla su propio comportamiento sexual un 83% respondió que conocen, en relación a la vivencia de una sexualidad responsable (VSR), el 79% reconoce que la VSR tiene como elemento la

autoafirmación personal y que implica tener conocimientos sobre ITS-VIH/SIDA, mientras que 67% identificó los besos, abrazos, caricias y masturbación como comportamiento no coital. Resultados semejantes demostró **Tejo P, Moreno P, Macías M, Valdez G, Mollinedo F, Lugo L, Araujo R (La Habana) 2011 (6)** En este estudio se demostró que la comunicación acerca de sexualidad con los padres, el 77,7 % manifestó hablar sobre el tema con el padre, situación más común entre las mujeres (84 %) en relación con los hombres 65,7 %. La mayoría de los estudiantes 70,7 %, se consideró con conocimiento adecuado sobre sexualidad, 15,3 % con mucho conocimiento y solo 13 % manifestó que era regular, siendo los estudiantes de medicina quienes se percibieron con mayor instrucción. La principal fuente de información sobre el tema refirieron eran los padres o amigos 67,6 % y 53,6 %, respectivamente; solo 45,2 % el personal sanitario. En relación con las infecciones de transmisión sexual (ITS), la mayoría de los participantes (99,6 %) había escuchado hablar de ellas. El 85,3 % dijo tener conocimiento sobre lo que son las perversiones sexuales.

En vista del creciente incremento de casos nuevos de ITS y VIH en la población joven, se vienen desplegando diversas estrategias y campañas preventivas con énfasis en la educación para prevenir estas enfermedades. Sin embargo, al parecer la inmensa información desplegada y la falta de afirmación de algunos tópicos ha generado dudas y confusión en la población joven que cuenta con un conocimiento parcial hasta contradictorio sobre el tema. Esta situación se pone de manifiesto en la presente investigación ya que la mayoría de adolescentes desconocen sobre el VIH/SIDA y las ITS, donde el 76% de adolescentes desconocen las principales enfermedades de transmisión sexual, identificando tales como La sífilis, gonorrea, chancroide, linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal, dándose un 73% que desconocen sobre Las ITS se transmiten a través de las relaciones coitales y 71% sabe que usar preservativos convenientemente en

una relación previene el SIDA. Un 70% también desconoce las principales ITS tales como Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual, 69% de adolescentes desconoce que el preservativo no es 100% seguro en la prevención de las ITS. Por otro lado en la dimensión prevención de infecciones hemos podido encontrar que los adolescentes no conocen con un 81.2%, seguido del 18.8% que conocen, estos resultados a diferencia de **Cardona J, Arboleda P, Rosero C (Colombia) 2013 (7)**: En su estudio acerca del conocimiento de las principales ITS, se encontró que el 96,2 % conoce el VIH /sida, 82,7 %, El 53,6 % tiene vida sexual activa; de estos, el 39,5 % utiliza siempre el condón, el 23,3 % frecuentemente, el 21,4 % ocasionalmente y el 15,9 % nunca. Otros estudios reportan diferencia, **Sánchez, Chimbote 2010 (19)**: En su estudio muestra que el 97% de adolescentes consideran al VIH-SIDA como una enfermedad mortal y un 92% conoce sus medios de transmisión. Para el 81% de adolescentes las ITS se adquieren a través de la relación coital, sin embargo, un 30% no conoce las principales ITS. Por otro lado, el 53% de los encuestados desconoce que el uso correcto del preservativo puede prevenir la transmisión de las ITS VIH/SIDA; el 69 considera que tener sexo con una sola mujer no supone un riesgo para la infección del VIH/SIDA y el 74% considera el preservativo no muy seguro en la prevención de las ITS.

El embarazo durante la adolescencia es un evento en la mayoría de las veces inesperado, con consecuencias individuales y sociales severas. Este genera en la pareja adolescente incertidumbre y temores que buscando ser absueltos generan otras complicaciones como el aborto y la muerte materna o los matrimonios forzados con separaciones dolorosas. Por tales razones es necesario proveer al adolescente de herramientas que le permitan evitar un embarazo no deseado, manteniendo una vida afectiva y por qué no sexual placentera. La información y educación en materia de anticoncepción, lejos de incentivar el inicio

sexual precoz como muchos creen, ha ayudado a evitar los embarazos no deseados, el aborto y la muerte materna adolescente.

Por esta razón, no es nada alentador que los adolescentes participantes de la investigación desconozcan la mayoría de tópicos descritos, muestra el desconocimiento que tienen los adolescentes sobre la dimensión métodos anticonceptivos como forma de prevención del embarazo, donde un 77% de encuestados respondió negativamente acerca Los métodos de barrera, un 75% desconoce también La píldora, inyectables y el DIU, como métodos anticonceptivos, con un 70% desconocen Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales. Por otro lado un 66% de encuestados respondió negativamente sobre que una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexual.

En el tema de métodos anticonceptivos como prevención del embarazo el 78.6% de los adolescentes no conoce mientras que el 21.4% conoce. A diferencia de los resultados de **Solís, Chimbote 2010 (20)**: donde el 91% de los adolescentes encuestados conoce de métodos anticonceptivos. Necesita los servicios del médico u obstetra para su aplicación 85%, existen los llamados métodos naturales y artificiales (83%), y los métodos de barrera (75%). Sin embargo, un 28% de adolescentes no conoce que existen métodos de planificación familiar para ello. Se debe resaltar que el 82% de adolescentes considera que la mujer puede quedar embarazada en su primera relación coital y que el 25% no conoce el significado de abstinencia sexual.

Otra de las variables descritas en la investigación es la actitud sexual, debido a la importancia que tiene como determinante del comportamiento sexual de riesgo. Es decir,

que si una adolescente tiene una actitud favorable hacia la sexualidad se espera que muestre conductas sexuales saludables. Claro está, que el entorno social y los modelos conductuales juegan un rol importante dentro de esta interacción. Al respecto, el 62% de adolescentes encuestados muestran una actitud favorable hacia la sexualidad. Situación semejante a lo reportado por **Dioses J. Sullana 2010 (25)**, donde Los resultados generales de las actitudes hacia la sexualidad de los/las adolescentes demuestra que el 98% manifiesta una actitudes favorable hacia la sexualidad, mientras que solo el 2% presenta una actitud favorable.

Por el contrario En otro estudio internacional se demostró **Gutiérrez K, Solís N, Piura 2014(23)**. Tener Un índice de (81%) de adolescentes de actitudes desfavorables en relación a su sexualidad.

Al describir las dimensiones de la actitud sexual, se evidencia que los adolescentes encuestados muestran una actitud de responsabilidad y prevención de riesgo sexual (71%), 70% muestra actitudes favorables hacia la experiencia de la sexualidad como algo positivo en su vida. 61% hacia la vivencia de una sexualidad ligada al amor respondió favorablemente. Respecto a las actitudes con la pareja el 60% muestra actitudes de respeto mutuo y reciprocidad en una relación sentimental, y por último con 50 % encontramos a la dimensión de Libertad para Decidir.

A diferencia de los estudios de **Solís, Chimbote 2010 (20)**: Dentro de las dimensiones de actitudes de sexualidad muestran que Un 23% de los encuestados refiere que su cuerpo les pertenece, ejerciendo control sobre sí mismo, siendo necesario solicitar información libremente. Al describir la relación de pareja, resalta la falta de respeto a los espacios, carencia de diálogo sobre la conducta sexual, no acuerdan la decisión de tener o no

relaciones coitales y ejercer su sexualidad sin riesgos (77%). Sólo un menor porcentaje (23%) refiere la existencia de respeto mutuo, acuerdo en respetar los “días de peligro” y sienten que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozca mucho.

El 82% refiere que las relaciones coitales se dan en forma espontánea y casual, evitando masturbarse debido a que consideran esta conducta anormal, y sólo 18% de adolescentes refirió tener relaciones coitales con sentimientos de amor, manteniendo una relación estable con su pareja; en igual porcentaje los adolescentes piensan que la virginidad es un tabú. En un momento donde la mayoría de los adolescentes piensan en disfrutar la sexualidad o “vivir el momento” como un evento que otorga respeto y estatus en su pequeño grupo social, es resaltante que estos adolescentes tengan actitudes sexuales responsables, que sumado al conocimiento sobre la sexualidad, facilitarían la vivencia de una sexualidad responsable y gratificante. Se puede decir que los jóvenes podrían evitar los riesgos sexuales a futuro como son infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados que conllevan a formar una familia por obligación, y las prácticas abortivas que pueden conllevar a la muerte temprana.

El inicio temprano de las relaciones sexuales durante la adolescencia, generalmente responde a la curiosidad, la falta de afecto en el hogar y el impulso sexual. Por tal razón, los padres deben afrontar la tarea de educar e informar a sus hijos sobre los temas de educación sexual y brindar confianza que impulse al adolescente a no errar en cuanto a la decisión de tener o no relaciones sexuales con cualquier persona. Al respecto, el 30% de adolescentes manifestó haber iniciado las relaciones Coitales, de los cuales el 19% lo hizo en la adolescencia media (13-16 años).

V. CONCLUSIONES

- Los adolescentes de 14 a 19 años del caserío de Chica Alta sector I , que el 59% desconoce acerca del tema de sexualidad , mientras un 41 % conoce de manera global el tema..
- De acuerdo con los resultados se evidencia que los adolescentes del caserío de chica Alta desconocen las dimensiones fundamentales para el desarrollo de su sexualidad en la prevención de infecciones de transmisión sexual VIH/ SIDA (70%), anatomía y fisiología sexual y reproductiva (65%), Métodos anticonceptivos (62%). Lo que implica que los adolescentes tengan futuros embarazos no deseados, abortos y contraigan ITS/ VIH SIDA.
- Según la dimension de anatomía y fisiología sexual y reproductiva de los adolescentes observamos que el mayor porcentaje es que no conocen que durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones (70%), la mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual (67%), cabe recalcar que esto es algo alarmante ya que no identifican como es que se produce un embarazo ni conocen acerca de su anatomía humana.
- A pesar de su desconocimiento los adolescentes presentaron actitudes favorables hacia su sexualidad (62%) mientras que un 38% mostró actitudes desfavorables.

- Analizando las actitudes por dimensiones, se evidenciaron actitudes favorables, Responsabilidad y Prevención de riesgo sexual (71%), sexualidad como algo positivo (70%), sexualidad y amor (61%), respeto mutuo reciprocidad (60%), libertad para decidir (50%), autonomía (43%).
- Del total de adolescentes el 80% refirió tener enamorado; sin embargo, solo el 20% de los adolescentes refiere no tenerlo. Sin embargo, el 69% de los adolescentes refiere no haber tenido relaciones sexuales coitales y el 31% de los encuestados indica haber tenido relaciones coitales.
- -Finalmente, la heterosexualidad demostró ser la preferencia sexual de los adolescentes en un 97% de los entrevistados, y solo el 3% para las opciones de homosexualidad y bisexualidad.

RECOMENDACIONES

- 1.** El ministerio de salud debería priorizar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, ya que es una etapa vulnerable y poco atendida, a través de la implementación de nuevas estrategias específicas para la atención del adolescente, y mejorando el acceso a los actuales programas que ya tiene estructurado.
- 2.** Las instituciones educativas establezcan las coordinaciones pertinentes con el sector salud en el primer nivel de atención orientado a implementar programas de educación para la salud dirigidas a los grupos de riesgo (comunidad adolescentes) sobre educación sexual, con el objetivo de propiciar la adquisición de conductas sexuales saludables utilizando para ello diferentes técnicas participativas que promuevan la participación activa y responsable de los adolescentes contribuyendo a mejorar su calidad de vida y disminuir los riesgos a los que se encuentran expuestos.
- 3.** Tanto el MINSA como el MINEDU deben diseñar estrategias que promueva la participación activa de los padres de familia (comunidades saludables estratégicas) en programas que fortalezcan el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva del niño y adolescente, así como el desarrollo de habilidades comunicativas y manejo de conflictos emocionales entre padres e hijos. Complementando los departamentos psicopedagógicos con la presencia del obstetra para área de la sexualidad
- 4.** Las universidades de la localidad deberán impulsar y patrocinar investigaciones que profundicen el tema de sexualidad en la comunidad adolescente, estudios sobre su vulnerabilidad frente al riesgo sexual. Así como un análisis profundo de las relaciones entre el conocimiento, actitud, impulsos sexuales con los aspectos culturales y psicosociales de su entorno: mitos, creencias y costumbres; y el impacto sobre su estado de salud sexual y reproductiva.

Referencias bibliográficas:

1. Libreros L, Fuentes L, Perez A, Conocimientos y actitudes sexuales en una unidad educativa, Venezuela (serie en internet) 2007, (citado el 20 de octubre del 2012), 1(2-3). Disponible en:
http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_actitudes_sexualidad.htm
2. Gómez G, ¿Qué es sexualidad? y ¿Qué es sexo?», en Sexualidad, información básica para adolescentes, México, (serie en internet), 1990, citado el 6 de mayo del 2012;(4), 1-2. Disponible en
http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/sex_juv/contenido/revista/sxj_01.htm
3. Federación Internacional de Planificación Familiar - España. Programa de Atención a Jóvenes en Salud Sexual, Disponible en:
<http://www.fpfe.org/jovenes/programa.htm>
4. Arana MT.; Calle MC., Promoción y cuidado de la Salud del Adolescente y jóvenes haciendo realidad el derecho a la salud. En: SPAJ-OPS-GTZ.; Pág. 334; Disponible en:
http://www.mpfm.gob.pe/estadistica/espec_anuario_uml.php

6. Guerrero M, García E, Moreno A, 3, Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos Rev Pediatr Aten Primaria. (serie en internet) 2008 julio, citado el 20 de enero del 2012, 10(39):3,5. Disponible en:
<http://pap.es/files/1116-849-pdf/962.pdf>

7. Martin B, García L, Conocimientos sobre prevención de infecciones de transmisión sexual en las adolescentes del Policlínico Universitario Reynold García. Versalles. (serie en internet) 2010 Julio,(citado el 20 de enero del 2012, 32(4):1 Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000400003

8. Librero L, Fuentes L, Pérez A. Conocimientos, actitudes y practicas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa, revista salud pública y nutrición [Serie en internet]. 2008 [citada 2008 octubre-diciembre]; 9(4): [Alrededor de 25 pantallas]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn084.pdf>

9. Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. Factores que influyen en el embarazo

en la adolescencia. Revista Cubana de Enfermería [serie en internet]. 2009 [citada 2011 Enero 09]; 25(1-2): [Alrededor de 14 páginas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192009000100007&script=sci_arttext&tlng

10. Arrieta J , Ramos Enrique , Murillo M, Mercado K, Silgado O , Velásquez K, Villadiego V. Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. Febrero a junio de 2010. Rev.cienc.biomed [serie en internet]. 2010 [citada 2011 Enero 09];1 (2): [Alrededor de 6 páginas].Disponible en: <http://www.unicartagena.edu.co/medicina/04%20prevalencia%20embarazos%20cartagena.pdf>

11. Flórez C. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Pública [Serie en Internet]. 2005 [citada 2011 Enero 11];18(6): [Alrededor de 15 páginas]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n6/28940.pdf>

12. Jiménez G, Magali Iacunacuri M. Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. Redalyc [Serie en Internet]. 2010 [citada 2011 Enero 11];15(1): [Alrededor de 24 páginas]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29213133008.pdf>

- 13 Rodríguez A, Sanabria G, Contreras E, Perdomo, estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios (La Habana) revista cubana de salud pública [Serie en Internet]. 2013[citada 2015 julio 15]; 39(1): [Alrededor de 04 páginas].

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662013000100015&script=sci_arttext

14. González E, Montero A, Martínez V, Mena P, Varas M. Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. REV CHIL OBSTET GINECOL [Serie en Internet] 2010[citada 2011 Enero 11]; 75(2): [Alrededor de 7 páginas]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n2/art02.pdf>

15. Guimará R, Guimará M, J Guimará J, Hernández D, Velázquez M. Intervención educativa en algunos comportamientos de riesgo en la adolescencia. Correo Científico Médico de Holguín [Serie en Internet 2010 [citada 2011 Enero 8]; 14(2) : [Alrededor de 14 pantallas]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no142/no142ori08.htm>

16. Martínez P, Escobar A, Infanzón N, Celorrio Zaragoza I, Sánchez O. La prevención de las ITS/ VIH/sida en jóvenes adolescentes. Correo Científico Médico de Holguín [Serien en Internet] 2009 [citada 2011 Enero 8]; 13(3):

[Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en:

<http://www.cocmed.sld.cu/no133/no133ori11.htm>

17. Martín B, García L. Conocimientos sobre prevención de infecciones de transmisión sexual en las adolescentes del Policlínico Universitario Reynold García. Versalles. Rev. Med. Electrón [Serie en Internet] 2010 Julio- Agosto [citada 2011 Enero 8]; 32(4): [Alrededor de 11 pantallas] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242010000400003&script=sci_arttext&tlng=es

18. Pérez Z , Casas L , Liuba Y, et al. Información sexual en un grupo de adolescentes. Rev Cub Med [Serie en Internet]. 2002 [Citada 2011 Febrero19]; 31 (4): [Alrededor de 5 pantallas].

Disponible

en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572002000400006&script=sci_arttext&tlng=en

19. Sánchez V, revistas peruanas, Conocimientos y actitudes acerca de las ITS y el VIH/Sida de los adolescentes varones en dos comunidades zonales de Chimbote-Perú, (serie en internet) enero 2011, (citado el 20 de junio del 2012),2 (1):1. Disponible en:

http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S222230612011000100014&script=sci_arttext

20. Solís N, conocimiento y actitudes sexuales en Adolescentes de la comunidad zonal Magdalena nueva, Chimbote, serie en internet, enero 2010,(citado el 20 de junio del 2012, 1(1):11. Disponible en:
<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/incres/v1n1/a07v1n1.pdf>
21. Dionicio. Proyectos en salud sexual y reproductiva. Mejoramiento de la salud sexual y reproductiva del barrio Moravia 2005-2007. Disponible en:http://www.mpfu.sob.pe/estadistica/espec_amaría.iml.php
22. Jerónimo C, Alvarez J, Carbonel W, Neira J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Acta méd. Peruana [Serie en Internet] 2009 Julio-Setiembre [citada 2011 Febrero 06]; 26(3): [Alrededor de 7 páginas]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172009000300006&script=sci_art_text&tlng=es
23. Salazar A, Santa Maria A, Solano I, Lázaro K, Arrollo S, et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. Rev Hor Med [Serie en Internet]. 2007 [Citada 2011 Febrero19]; 7(2): [Alrededor de 7páginas]. Disponible en:
http://www.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2007_II_Art3_Vol7_N2.pdf

24. Mendoza R. El conocimiento de la Salud Reproductiva de los estudiantes de Enfermería [tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería]. Piura Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2006-2007 [citado 2009 Noviembre; 28]. Disponible en:
<http://www.revistaciencias.com>
25. Dioses C. Conocimientos y Actitudes Sexuales que tienen los Adolescentes del Asentamiento Humano “9 de Octubre” del Distrito de Sullana [tesis para obtener el título profesional de obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2010.
26. Ardovin B y Jarpa. La jerarquía de necesidades según Maslow. [Serie en Internet]. 1998; [citado 2007 junio 14]; [Alrededor de 5 pantallas]. Disponible en: http://www.geocities.com/linds_castillo/20101.html
27. Gutiérrez R. Pensamientos filosóficos y literarios de Hostos. UPR. PR [serie en Internet]. 2004 [citada 2007 Junio 14]. Disponible en:
<http://www.redbetances.com>
28. Norman J, La visión de la adolescencia en las corrientes teóricas y su fundamentación en la salud Escolar en Puerto Rico, 2005. Disponible en:
<http://www.psicovision.com/lic%20deibem.htm>.

29. Romero L. Sexualidad y educación sexual irresponsable. [Monografía en Internet]. Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría; 2006 [citada 2007 Marzo 10]. [alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos13/sexyeduc/sexyeduc.shtml>
30. Rafael A. desarrollo cognitivo: las teorías de Piaget y de Vygotsky. [serie en internet] Universidad Autónoma de Barcelona; 2009. [Citado 2011 Oct 10]. Disponible en:
http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias_desarrollo_cognitivo.pdf
31. Delgado A. Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes de la I.E José Granda del distrito San Martín de Porres-2008 Lima, distrito y provincia de Lima. 2008. [Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería]. Lima : Universidad Mayor de San Marcos 2008 Disponible en:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/delgado_ca/html/index-frames.html
32. Ros R, Morandi T, Cozzetti E, Lewintal C, Cornellà J, Surís J. la adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. manual de salud reproductiva en la adolescencia. [serie en internet]. [citado 2011 oct 11]. Disponible en:
<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/manual/saludreproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf>

33. Morales J. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano. [serie en Internet]. 2003. [alrededor de 5 pantalla]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/comportamientohumano/comportamiento-humano.shtml>.
35. De Jesús N. La visión de la adolescencia en las corrientes teoricas y su fundamentación en la Salud Escolar en Puerto Rico Junio 2005. [Serie en internet]. Puerto Rico. [Citado 16 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos24/corrientes-filosoficasadolescencia/corrientes-filosoficas-adolescencia.shtml>
36. Papalia, WO, Duskin F. Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. 9 ed. México: McGraw Hill-Interamericana; 2005.
37. Whittake JO, Sandra J. Psicología. 5 Ed. México: McGraw Hill / Interamericana; 1989
38. Arieu P. Teoría del conocimiento /epistemologia [monografia en internet].
39. España: pauloarieu en [Filosofia Comments](#). [citados 2008 julio 24]. [alrededor de 17 pantallas]. Disponible en: <http://mujercristianaylatina.wordpress.com/2009/03/22/teoria-del-conocimiento-epistemologia>.

40. Covarrubias F. Manual de Técnicas y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica. Oaxaca, México:Ed. Lasser Plus Artes Graficas; 1998
41. Moreno C. Teoría del conocimiento: Introducción a la epistemología [monografía en internet]. España: WiKipedia; 2001 [citada 2007 Mayo15]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en:
<http://www.ciencia.net/VerArticulo/Teoriaconocimiento?idArticulo=dsfjuvb78m vklixioz602c4>
43. Romero L. Sexualidad y educación sexual irresponsable. [serie en Internet]. Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría; 2006 [citada julio 2012]. [alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:
en:<http://www.monografias.com/trabajos13/sexyeduc/sexyeduc.shtml>
44. Chirino R, Fernández L, Torres S, Navarro D. Fisiología Reproductiva Femenina: Hormonas Sexuales y sus ciclos. RVFO [serie en Internet]. 2004 [citada 2009 Mayo16]; 1 (2): [Alrededor de 10 pantallas]. Disponible en:
en:http://www.biocancer.com/?q=system/files/Fisiologia_reproductivaFemenina

46. Totorá Gerard J. y Grabowski Sandra Reynolds Principios de Anatomía y Fisiología, 9ª edición, 2006 Wikipedia. Respuesta sexual humana, [serie en Internet]. 2006. [citado 22 de junio]. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Respuesta_sexual_humana
47. Quintana A, Hidalgo C. La Salud de los adolescentes en La región andina. Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes: Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima: IES y Washington D.C: Advocates For Youth; 2003. 17-27.
48. Lundgren R. Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en América Latina. OPS/FNUAP/Kellogg/ASDI; 2007. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf>
49. Morris L. Sexual Behavior and Reproductive Health of Latin American Adolescents. Presented at the UNFPA Regional Conference on Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. [conferencia] Mexico; 1995
50. Flavio N, La Responsabilidad. [serie en Internet]. 2005. (citado 2008 julio) Disponible en:
www.monografias.com/trabajos14/lresponsabilidad/la-responsabilidad.shtml
51. Cuauhtemoc C. Juventud en Extasis. [serie en internet]. Argentina: Ediciones Selectas. 2007, [citada agosto 12]. [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en:

www.saludfemenina.com.ar

52. Aldara Martos P. El valor de la autoestima. [Serie en internet].España, 2006 [citado setiembre 14]. [Alrededor de 4 pantallas] Disponible en: <http://www.discasex.com/Article17.html>
54. Orientacion matrimonial: Reciprocidad [monografía en internet]. españa, 2007[Citado 2007 Febrero 19] [alrededor de 3 pantallas]. Disponible en: <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2007/02/07/reciprocidad>.
55. Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. [serie en internet].Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf.
56. Noviazgo y matrimonio, (Citado el 26 de setiembre) http://www.encuentra.com/documento.phpf_doc=1611&f_tipo_doc=9.
57. Martínez L. Hacia una sexualidad integral. blog de aplicaciones, [citado Agosto23]. Disponible en: <http://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia>
58. Méndez C. Sexualidad con naturalidad sabor y salud. [monografía en internet]. [citada 2008 julio 23]. Disponible en: <http://www.saborysalud.com/vidasana21.htm>

ANEXOS

ANEXO 01

**MAPA DE LA UBICACIÓN DE ESTUDIO
CASERIO DE CHICA ALTA**



ANEXO 02
ACTIVIDADES Y CRONOLOGIA DEL INFORME

ACTIVIDAD	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN															
	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°
Revisión y elaboración del título y caratula del Proyecto de tesis																
Asesoramiento planteamiento del problema																
Revisión, Elaboración Marco Referencial y Metodología																
Elaboración de las referencias y citas bibliográficas según vancouver																
Entrega de proyecto final de la tesis																
Preparación y validación de cuestionario																

ANEXO 03
CUADRO DE PRESUPUESTO - BIENES Y SERVICIOS

PARTIDA	NOMBRE DE RECURSO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (S/
1.6.2.1 BIENES				
5.3.11.49	Materiales de escritorio			
	Papel Bond T A -4 80 gr	Millar	1	s/ 26.00
	Lapicero	Un	2	s/2.00
	Lápiz	Un	4	s/ 4.80
1.6.2.2. SERVICIOS				
5.3.11.39	Otros servicios de terceros fotocopiado			s/ 90.00
5.3.11.39	Otros servicios de terceros impresiones	Un	2	s/ 100.00
5.3.11.39	Otros servicios de terceros encuadernación y empastado	Un	8	s/ 250.00
				MONTO
FUENTE DE FINANCIAMIENTO				
Recursos propios				s/ 47.80

ANEXO 04

ENCUESTA PARA ADOLESCENTES



Código: _____

Fecha ____ / ____ / ____ Hora: _____

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

Estimada y estimado adolescente:

Nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación en el área de la salud sexual y la salud reproductiva, con el objetivo de conocer cuál es el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la sexualidad en la población adolescente, la misma que nos ayudará a identificar necesidades específicas de información, educación y comunicación e incidir y promover un cambio en las políticas y estrategias de intervención en favor de la salud del adolescente. Para tal efecto, estamos solicitando tu participación en esta investigación a través de la respuesta al cuestionario. Toda la información que nos brindes será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación.

Instrucciones:

1. No escriba el nombre del encuestado en ninguna parte del cuestionario.
 2. Marque con una X el casillero que refleje más la forma de pensar o de sentir del encuestado.
 3. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.
-

CONOCIMIENTOS

Iniciaremos con una serie de enunciados sobre diversos temas de sexualidad. Por favor marque "Si" o "No", según su propia apreciación.

ANATOMIA Y FISILOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
1. Los genitales externos de la mujer está conformado por los labios mayores y menores, el clítoris y la abertura de la vagina.		
2. La fecundación se da cuando el espermatozoide ingresa al ovulo.		
3. El embarazo comienza con la fecundación.		

4.	Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y fisiológicas.		
5.	Los genitales externos del hombre está conformado por el pene, los testículos y las bolsas escrotales.		
6.	El glande es el extremo final o punta del pene.		
7.	Las trompas de falopio trasportan el ovulo hacia el útero.		
8.	Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual +/- 3 días.		
9.	El sexo es una conducta natural que necesita ser aprendido.		
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA			
1.	Las fases en la respuesta sexual son deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.		
2.	La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal la autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual).		
3.	Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS, VIH/SIDA y métodos de planificación familiar.		
4.	Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad.		
5.	Son manifestaciones de madurez sexual la menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto y masturbación.		
6.	Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad.		
7.	El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los besos, abrazos, caricias y masturbación.		
8.	La persona es quien controla su propio comportamiento sexual.		
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		SI	NO
1.	El sida es una enfermedad que amenaza la vida.		
2.			

3.	Son vías de contagio del VIH/SIDA: sanguínea, relaciones coitales y transmisión de madre a hijo.		
4.	Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer.		
5.	El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA.		
6.	El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una persona infectada.		
7.	Las ITS son infecciones que se transmiten a través de las relaciones coitales.		
8.	Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.		
9.	la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal son infecciones de transmisión sexual.		
10.	El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de todas las ITS.		
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO			
1.	En su primera relación coital una mujer puede quedar embarazada.		
2.	Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales.		
3.	La píldora, los inyectables y el DIU son métodos anticonceptivos.		
4.	Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra.		
5.	El método de abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.		
6.	El preservativo es un método de planificación familiar.		
7.	Son métodos de barrera: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas y los espermicidas.		

8.	La píldora, los inyectables y el norplant son métodos anticonceptivos hormonales.		
9.	El preservativo, las píldoras, los inyectables y el DIU son métodos anticonceptivos para los adolescentes.		

TEST DE ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE DE LA CZMN – CHIMBOTE

Ponga una x en el lugar donde está el número que representa su opinión:

1. Completamente en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo
3. Opinión intermedia, 4. Bastante de acuerdo, 5. Completamente de acuerdo

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE					
	1	2	3	4	5
RESPONSABILIDAD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO SEXUAL					
Cumples con tus obligaciones					
Te consideras obediente					
Llegas a tus clases puntualmente					
Ayudas en las tareas de la casa					
Cuando tienes relaciones sexuales (coitales) lo haces consciente de que te expones a problemas de salud como: embarazo precoz, ITS /VIH/SIDA.					
Preves y te preparas para enfrentar las consecuencias de tus actos: salir embarazada, adquirir ITS /VIH/SIDA.					
La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					

Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
Las relaciones sexuales entre personas jóvenes es aceptable para mí, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
Hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA					
LIBERTAD PARA DECIDIR					
Cuando vas a tomar una decisión, lo haces por tu propia voluntad					
Siempre que vas a decidir por algo, necesitas la intervención de otras personas.					
Cuando una pareja desea tener relaciones coitales, debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten					
Si has iniciado tu actividad sexual, utilizas un método de planificación familiar					
Cuando tienes relaciones sexuales lo haces por tu propia voluntad					
Cuando iniciaste tu actividad sexual lo hiciste por la presión de tus amigos					
AUTONOMIA					
✓ Tú tienes derecho a elegir con quien y en donde realizar tu vida sexual					
✓ No recibiste información porque simplemente no lo crees necesario					
✓ Es fácil expresar tu opinión ante los demás					

✓	Nuestro cuerpo nos pertenece , por ello solo yo soy la única responsable de mi integridad corporal					
✓	Yo decido por el control de mi cuerpo (realizo deportes, busco espacios de distracción etc.)					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD						
✓	Tú y tu pareja se consideran iguales					
✓	El sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
✓	Cuando estas frente a un problema de salud sexual tu pareja responde conjuntamente contigo en la solución del problema					
✓	Tu pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando tu no lo deseas					
✓	Tu pareja respeta tus espacios con tus amigos					
✓	Tu pareja entiende que estás en tus días de peligro y que no es posible una relación sexual (coital)					
✓	Tu pareja conversa contigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable					
✓	Conversas con tu pareja sobre el desarrollo personal de ambos					
✓	Acuerdan situaciones para ejercer su sexualidad sin riesgos					
	1. Nunca 2. A veces 3. Regularmente 4. Frecuentemente 5. Siempre	1	2	3	4	5
SEXUALIDAD Y AMOR						

• En un relación sexual debe haber amor de por medio					
• Las relaciones coitales se dan casualmente					
• La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad					
• La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable					
• Las relación con tu pareja es estable					
• El amor que sientes por tu pareja es correspondido de la misma manera que tu lo haces					
• Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo					
• Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes					
• Las /os jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO					
1. Tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona					
2. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual,					
3. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor					
4. Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto					

5.	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación					
6.	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado					
7.	Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza					
8.	La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos					
	Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar si nos sentimos bien al hacerlo.					
9.	Las mujeres vemos a la sexualidad como algo malo porque nuestros padres nos transmitieron ese concepto					
10.	Las mujeres que sienten temor a la sexualidad es por la mala información que recibió en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas que fueron víctimas					

